

S É R I E
PACTOS
PELA SAÚDE
2006
VOLUME 11

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Pactuação Unificada de Indicadores

Avaliação 2007



Brasília – DF
2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada

Pactuação Unificada de Indicadores

Avaliação 2007

Série G. Estatística e Informação em Saúde
Série Pactos pela Saúde 2006, v. 11



Brasília – DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série G. Estatística e Informação em Saúde

Série Pactos pela Saúde 2006, v. 11

Tiragem: 1.ª edição – 2010 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, Bloco G,

3º andar, sala 351

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2649

Fax: (61) 3226-9737

E-mail: descentralizacao@saude.gov.br

Homepage: www.saude.gov.br/dad

Elaboração:

Esta publicação foi construída pelas Secretarias e Órgãos do Ministério da Saúde que guardam interface com os indicadores e metas do Pacto pela Vida e de Gestão referente à Pactuação de 2007.

Editora MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Homepage: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe editorial:

Normalização: Vanessa Leitão

Revisão: Fabiana Rodrigues

Diagramação: Sérgio Ferreira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada.

Pactuação unificada de indicadores : avaliação 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 174 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006 ; v. 11)

ISBN 978-85-334-1631-4

1. Relatório de gestão. 2. Descentralização. 3. Gestão do SUS. I. Título. II. Série.

CDU 35:614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0035

Títulos para indexação:

Em inglês: Unified pact of indicators: assessment 2007

Em espanhol: Pacto unificado de indicadores: evaluación 2007

Sumário

- 7** **Apresentação**
- 9** **Monitoramento do Pacto pela Saúde na gestão federal em 2007**
- 13** **Análise dos Resultados**
- 13 Dimensão 1 – Adesão de estados e municípios ao Pacto pela Saúde
- 16 Dimensão 2 – Prioridades do Pacto pela Vida e de Gestão
- 17** **Indicadores Principais**
- 17 Indicador 1: Proporção da Receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC nº 29, de 2000
- 19 Indicador 2: Índice de Contratualização
- 21 Indicador 3: Proporção de constituição de Colegiados de Gestão Regional
- 25 Indicador 4: Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais
- 26 Indicador 5: Índice de Qualificação de Funcionamento Básico do Conselho Estadual de Saúde
- 30 Indicador 6: Proporção de estados com a PPI (Programação Pactuada e Integrada) atualizada
- 32 Indicador 7: Proporção de Nascidos Vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal ou Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal
- 35 Indicador 8: Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas
- 38 Indicador 9: Coeficiente de Mortalidade Infantil
- 41 Indicador 10: Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária

- 44 Indicador 11: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados
- 47 Indicador 12: Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)
- 49 Indicador 13: Proporção de internações por complicações de *diabetes mellitus*
- 51 Indicador 14: Cobertura da primeira consulta odontológica programática
- 54 Indicador 15: Proporção da população coberta pela estratégia Saúde da Família
- 60 Indicador 16: Cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano de idade
- 63 Indicador 17: Proporção de Municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a hepatite B em menores de 1 ano, 2007
- 65 Indicador 18: Proporção de Municípios do estado com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de 1 ano de idade
- 67 Indicador 19: Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de *Aedes aegypti*
- 70 Indicador 20: Proporção de municípios prioritários para combate à dengue com menos de 1% de infestação predial por *Aedes aegypti*
- 73 Indicador 21: Proporção de municípios prioritários para combate à dengue com plano de contingência de atenção aos pacientes com dengue elaborado
- 77 Indicador 22: Taxa de cura entre os casos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
- 80 Indicador 23: Taxa de cura de casos novos de tuberculose bacilífera
- 83 Indicador 24: Incidência parasitária anual de malária
- 85 Indicador 25: Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado

- 88 Indicador 26: Proporção de instituições de longa permanência para idosos inspecionadas
- 90 Indicador 27: Taxa de notificação de casos de paralisia flácida aguda (PFA) em menores de 15 anos
- 95 Indicador 28: Proporção de doenças exantemáticas investigadas adequadamente
- 98 Indicador 29: Proporção de casos notificados encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue clássico
- 102 Indicador 30: Proporção de casos de Leishmaniose Visceral (LV) curados
- 106 Indicador 31: Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas
- 109 Indicador 32: Concentração de mamografias em mulheres de 40 a 69 anos
- 109 Indicador 33: Proporção de punção de mama dos casos necessários
- 110 Indicador 34: Coeficiente de Mortalidade Neonatal
- 113 Indicador 35: Coeficiente de mortalidade infantil por doença diarreica
- 116 Indicador 36: Coeficiente de mortalidade infantil por pneumonia
- 119 Indicador 37: Razão de mortalidade materna
- 122 Indicador 38: Proporção de Municípios que não realizam o pagamento por meio do código 7
- 123 Indicadores complementares**
- 123 Indicador 39: Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos
- 126 Indicador 40: Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer
- 129 Indicador 41: Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade

- 131 Indicador 42: Taxa de internações por Doença Diarreica Aguda em menores de 5 anos de idade
- 133 Indicador 43: Coeficiente de mortalidade neonatal tardia
- 136 Indicador 44: Proporção de partos cesáreos
- 138 Indicador 45: Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
- 140 Indicador 46: Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados
- 142 Indicador 47: Proporção de portadores de *diabetes mellitus* cadastrados
- 144 Indicador 48: Cobertura da ação coletiva Escovação Dental Supervisionada
- 147 Indicador 49: Média de procedimentos odontológicos básicos individuais
- 151 Indicador 50: Média mensal de visitas domiciliares por família

157 Análise das Prioridades Pactuadas em 2007

- 157 Prioridade: Saúde do Idoso
- 159 Prioridade: Saúde da Pessoa com Deficiência – estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)
- 160 Prioridade: Saúde Mental – estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)
- 163 Prioridade: Redução da mortalidade infantil e materna

165 Considerações finais

167 Referências

169 Anexo – Portaria nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007

Apresentação

Após duas décadas de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos resultados positivos têm sido alcançados. O processo de descentralização da gestão do SUS ampliou a articulação de ações do sistema com a realidade social e política do País, trazendo a necessidade de se buscar novos formatos na gestão do SUS em prol de um pacto federativo, objetivando maior efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema às necessidades da população.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) coordenaram o processo de construção do Pacto pela Saúde em suas três vertentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, regulamentados pelas Portarias MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e MS/GM nº 699, de 30 de março de 2006. Esta releitura do processo de gestão da saúde permitiu a efetivação de pactos entre os entes federados (União, estados e municípios) em torno de compromissos e responsabilidades sanitárias de caráter nacional, formalizados no Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

A Portaria MS/GM nº 91, de 10 de janeiro de 2007, instituiu o processo de pactuação de indicadores, unificando o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, a Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPIVS) e os indicadores propostos no Pacto pela Saúde. Esta portaria tornou obrigatória a pactuação dos indicadores para as três esferas de governo e a apresentação do Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde como anexo aos TCG.

No âmbito do Ministério da Saúde foi constituído o Grupo de Trabalho da Pactuação Unificada de Indicadores e de Monitoramento do Pacto pela Saúde (GT de Monitoramento), composto por representantes das diversas áreas técnicas que guardam interface com os indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão, conforme Portaria MS/GM nº 1.679, de 12 de julho de 2007.

Entre as atribuições desse grupo, destaca-se a elaboração de proposta de prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida, além dos indicadores para monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde. A coordenação deste Grupo de Trabalho é feita pelo Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde.

Monitoramento do Pacto pela Saúde na Gestão Federal em 2007

Conforme estabelecido na Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o processo de monitoramento dos pactos deve seguir as seguintes diretrizes: ser um processo permanente para as esferas de governo; ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão; estabelecer um processo de monitoramento dos cronogramas pactuados nas situações onde os municípios, estados e DF não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do TCG e desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

Além disso, a operacionalização do monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas e seus resultados subsequentes.

O GT de Monitoramento elaborou uma proposta metodológica de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, considerando as prioridades estabelecidas na Portaria MS/GM nº 699, de 30 de março de 2007. Esta proposta prevê que o processo de monitoramento e avaliação deve apoiar a tomada de decisão no âmbito federal; subsidiar o planejamento de políticas, programas e ações de saúde no âmbito federal e orientar a estratégia de apoio integrado à gestão descentralizada do SUS, desenvolvida pelo Ministério da Saúde junto aos estados e municípios.

A metodologia inicialmente desenhada pelo GT tinha como foco os seguintes objetos: processo de adesão de estados e municípios, monitoramento das responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos de Gestão e monitoramento das metas da pactuação unificada dos indicadores e das prioridades do Pacto pela Vida. A abordagem considerava os aspectos quantitativos e qualitativos como dimensões

complementares da realidade, que é complexa. O aspecto quantitativo implica a objetividade dos fatos e revela aspectos gerais. A abordagem qualitativa requer múltiplos olhares que possibilitam o julgamento para além da aparência do fenômeno, aprofunda a compreensão sobre a questão e procura ver as diferentes faces de um fenômeno.

A proposta metodológica também previu a produção regular de informações sobre as diferentes dimensões do Pacto pela Saúde com base no conjunto de indicadores pactuados. Para isso sugeriu-se a criação do Quadro Geral de Monitoramento e Avaliação do Pacto (QGMAP) e a elaboração sistemática de relatórios de avaliação.

Neste documento, foram consideradas duas dimensões de análise: a Dimensão 1, que trata do monitoramento da adesão de estados e municípios ao Pacto pela Saúde e das responsabilidades assumidas nos Termos de Compromisso de Gestão, e a Dimensão 2, que trata do monitoramento das Prioridades do Pacto pela Vida e de Gestão. Uma parte das informações utilizadas na elaboração deste Relatório para análise da Dimensão 1 foi extraída dos relatórios da Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (ST-CIT) e dos relatórios de acompanhamento dos estados, pela Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, pelo Departamento de Apoio a Descentralização (DAD), este vinculado à Secretaria-Executiva (SE). Os dados utilizados para análise das prioridades do Pacto pela Vida são provenientes dos Sistemas de Informação em Saúde e Sistema do Pacto pela Saúde (Sispacto). O alcance das metas pactuadas foi analisado pelas áreas técnicas com base nos resultados dos indicadores e nas metas pactuadas.

Buscando uma padronização das análises construídas pelas áreas, o GT de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde definiu os seguintes critérios:

- 1) Alcance ou não da meta pactuada;
- 2) Fatores que contribuíram para o alcance ou não da meta pactuada;
- 3) Análise quanto à implementação da prioridade relacionada em 2007;
- 4) Utilização de referências com fonte de dados e bibliografia.

A análise de cada indicador a partir dos critérios citados contemplou o Brasil e as regiões, embora os resultados sejam apresentados por Unidade Federada. É apresentada também a descrição de cada indicador, conforme anexo da Portaria MS/GM nº 91, de 10 de janeiro de 2007.

Análise dos Resultados

DIMENSÃO 1 – ADEÇÃO DE ESTADOS E MUNICÍPIOS AO PACTO PELA SAÚDE

Para divulgação e operacionalização do Pacto pela Saúde junto aos gestores estaduais e municipais utilizou-se a estratégia do Apoio Integrado, que tem, entre outros objetivos, qualificar a gestão descentralizada e fortalecer as relações de cooperação intergovernamentais. A agenda de adesão dos estados e o processo de construção dos Termos de Compromisso de Gestão Estadual (TCGE) e Termos de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) foram priorizados após a publicação e regulamentação do Pacto pela Saúde.

No ano de 2006, fase inicial de construção do pacto com elaboração dos TCG, o processo de implantação foi caracterizado pela necessidade de informação e esclarecimentos por parte dos gestores e técnicos das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Destaca-se também que, por ter sido um ano eleitoral, o processo de implantação do pacto foi influenciado, em alguns estados, pelo período de transição entre governos.

Em 2006, de acordo com o DAD, 14% do total de estados e 1% do total de municípios formalizaram, nas respectivas Comissões Intergestores Bipartites (CIB), seus Termos de Compromisso de Gestão, que foram posteriormente homologados na Comissão Intergestores Tripartites (CIT).

Em dezembro de 2007, tinha-se a seguinte situação com relação aos estados cujos TCGE foram homologados nas CIB:

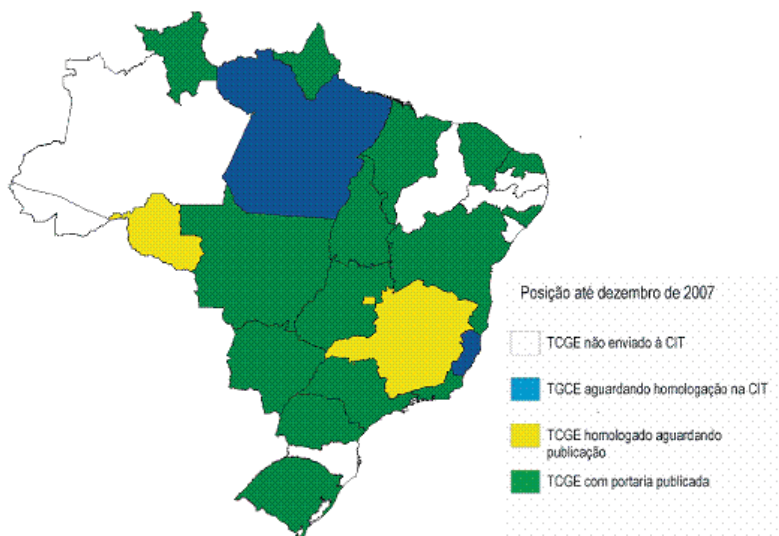
- **Unidades Federativas com TCGE com portaria ministerial publicada:** Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul, Tocantins, Mato Grosso, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, Roraima, Paraná e São Paulo;
- **Unidades Federativas com TCGE homologados que estavam aguardando publicação de portaria ministerial:** Distrito Federal, Minas Gerais e Rondônia;
- **Unidades Federativas com TCGE que estavam aguardando homologação na CIT:** Espírito Santo e Pará.

Assim, de acordo com os dados disponíveis na Secretaria Técnica da CIT, até o mês de dezembro de 2007, 20 estados tiveram seus TCGE homologados nas respectivas CIBs, com a seguinte distribuição regional:

- Região Norte – 5 estados;
- Região Nordeste – 5 estados;
- Região Centro-Oeste – 4 estados;
- Região Sudeste – 4 estados;
- Região Sul – 2 estados.

FIGURA 1 – DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DA ADESÃO DOS ESTADOS AO PACTO PELA SAÚDE. BRASIL, DEZEMBRO DE 2007

Situação de adesão dos estados aos pactos da saúde dezembro / 2007.



Fonte: Secretaria Técnica – CIT/DAD/SE/MS-2007

No que concerne às homologações dos TCGM, os dados disponíveis também confirmam que 58 municípios com TCGM homologados até dezembro de 2006 retomaram o processo de pactuação no segundo semestre de 2007 e no ano seguinte, também em dezembro, a ST-CIT registra 1.828 municípios com TCGM homologados nas cinco regiões do País.

QUADRO 1 – MUNICÍPIOS, POR REGIÃO DO PAÍS, CUJOS TCGM FORAM HOMOLOGADOS NA CIB, AGUARDANDO HOMOLOGAÇÃO/PUBLICAÇÃO E MUNICÍPIOS COM PORTARIA TCGM JÁ PUBLICADA. BRASIL, DEZEMBRO DE 2007

Região	TCGM aguardando homologação na CIT	TCGM homologado/ aguardando publicação da PT GM/MS	TCGM com portaria GM// MS publicada
Norte	-	51	7
Nordeste	35	60	160
Centro-Oeste	0	4	85
Sudeste	63	1.163	2
Sul	-	293	3
Total	98	1.571	257

Fonte: Secretaria Técnica – CIT, 2007

Podem também ser incluídas questões sobre o papel das instâncias gestoras locais na condução do processo e na construção destes termos, com a intenção de identificar o potencial de qualificação da gestão descentralizada do SUS que pode ser induzido pelo pacto.

Alguns aspectos quando presentes indicaram uma maior qualificação das pactuações, para cada estado da federação, destacando-se:

- I. O papel exercido pela SES na coordenação do processo de pactuação;
- II. Iniciativa de definir Grupo Condutor Estadual para o processo de pactuação e participação dos representantes do Cosems no Grupo de Condução Estadual;
- III. Conclusão e/ou construção do Plano de Ação Estadual.

Na maioria dos estados, as SES assumiram a condução do processo de adesão ao pacto, adotando uma postura de apoio aos municípios na construção de seus TCGM. Entretanto, houve baixo percentual de estados que concluíram a elaboração de seu Plano de Ação, se comparado ao número de estados que pactuaram seus TCGE.

Ressalta-se que no ano de 2007, os Termos de Compromisso de Gestão Municipais foram homologados com pendências. Apenas 14,6% destas adesões foram publicadas, devido a dificuldades no processo de construção dos anexos: Termo de Limite Financeiro Global e Declaração de Comando Único.

A condução da construção das propostas de adesão ao pacto em 2007 pode ser caracterizada de duas formas: por um processo de construção do TCGE e dos TCGM simultâneos, resultando numa adesão que pode ser denominada “em bloco”, ou pela iniciativa de adesão ao pacto por parte de alguns municípios, isoladamente.

Nos estados onde houve adesão estadual e condução, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Cosems, do processo de construção dos TCG com os municípios, a adesão municipal ao pacto tendeu a ser maior.

Para uma melhor avaliação desse processo faz-se necessária a complementação com indicadores que apontem para as mudanças induzidas pelo pacto, tanto em relação às responsabilidades sanitárias que passaram a ser realizadas, quanto no que refere a uma maior qualificação da gestão.

Neste sentido, encontra-se em fase de construção uma proposta de um índice de valorização da gestão que agrega indicadores que permitam verificar a qualificação da gestão do SUS.

DIMENSÃO 2 – PRIORIDADES DO PACTO PELA VIDA E DE GESTÃO

O Pacto pela Vida consiste no compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais e municipais. Em 2006 e 2007, foram pactuadas seis prioridades: 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 respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e *influenza*; e) promoção da saúde e f) fortalecimento da atenção básica.

A avaliação dessas prioridades foi feita com base no conjunto de indicadores apresentados no Anexo I da Portaria MS/GM nº 91, de 10 de janeiro de 2007, conforme análises a seguir:

Indicadores Principais

INDICADOR 1: PROPORÇÃO DA RECEITA PRÓPRIA APLICADA EM SAÚDE CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29, DE 2000

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
1º. Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC nº 29, de 2000.	Despesas financiadas por recursos próprios (despesas totais deduzidas as transferências de outras esferas de governo para a Saúde) / Receita de impostos e transferências constitucionais e legais.	Siops	Meta – Percentuais definidos na EC nº 29, de 2000.	Considerar a declaração do estado, DF e município ao Siops.

O indicador que demonstra a proporção de receita própria aplicada em ações e serviços públicos de saúde, conforme a EC nº 29, de 2000, é calculado e demonstrado pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Pela consulta aos dados declarados ao Siops, observa-se que todos os estados brasileiros enviaram os dados referentes a 2007.

Quanto à aplicação do previsto na EC nº 29, de 2000, ou seja, 12% das receitas próprias, o Quadro 2 demonstra a situação de aplicação dos estados.

QUADRO 2 – META PACTUADA E RESULTADO DA APLICAÇÃO DO MÍNIMO CONSTITUCIONAL EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, CONFORME A EC Nº 29, DE 2000, POR UNIDADE FEDERADA, 2007

Unidades Federadas	% mínimo	% aplicado
Região Norte		
Rondônia	12	12
Acre	12	13,82
Amazonas	12	22,17
Roraima	12	13,64
Pará	12	12,61
Amapá	12	13,74
Tocantins	12	14,74
Região Nordeste		
Maranhão	12	11,77
Piauí	12	13,71
Ceará	12	12,14
Rio Grande do Norte	12	17,53
Paraíba	12	12,72
Pernambuco	12	12,8
Alagoas	12	12
Sergipe	12	12,44
Bahia	12	12,63
Região Sudeste		
Minas Gerais	12	13,3
Espírito Santo	12	9,88
Rio de Janeiro	12	10,92
São Paulo	12	13,07
Região Sul		
Paraná	12	9,22
Santa Catarina	12	13,35
Rio Grande do Sul	12	5,8
Região Centro-Oeste		
Mato Grosso do Sul	12	13,46
Mato Grosso	12	11,9
Goiás	12	12,3
Distrito Federal	12	20,25

Fonte: Siops

Percebe-se pela análise do Quadro 2 que, dos 27 estados brasileiros, 6 não aplicaram o percentual de recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde.

INDICADOR 2: ÍNDICE DE CONTRATUALIZAÇÃO

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Índice de contratualização	Quantidade de unidades conveniadas e contratadas pelo SUS que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades prestadores de serviço ao SUS (privados e/ou filantrópicos) por município e/ou estado x 100.	CNES / DATASUS	Meta – 100%	exceto rede própria

QUADRO 3 – ÍNDICE DE CONTRATUALIZAÇÃO, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada %	Resultado Alcançado %
Brasil	100	43,12
Região Norte		
AC	100	60
AM	100	90,11
AP	100	0
PA	100	54,57
RO	33	30,51
RR	100	53,85
TO	100	42,52
Região Nordeste		
MA	100	51,38
AL	100	4,52
BA	40	46,97
CE	100	26,28
PB	100	17,57
PE	24	30,92
PI	100	51,34
SE	100	75,89
RN	100	46,62
Região Centro-Oeste		
DF	100	54,84
MT	12,73	18,6
GO	100	16,49
MS	100	61,67
Região Sul		
PR	50	12
RS	50	39,52
SC	70	65,43
Região Sudeste		
ES	100	39,48
MG	40	49,97
RJ	100	68,83
SP	100	75,48

Fonte: CNES/DATASUS

A meta proposta em relação à contratualização é de 100% da formalização da relação entre gestores e prestadores. Em 2007, esta meta não foi alcançada no Brasil, pois o resultado foi de 43,12% de contratos formalizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Este resultado pode ser devido a não obrigatoriedade de preenchimento do campo “Contratos” no CNES em 2007.

QUADRO 4 – PROPORÇÃO DE CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE GESTORES E PRESTADORES DO SUS POR REGIÃO, BRASIL, 2007–2008*

Região	2007			2008		
	Contrato	Total	%	Contrato	Total	%
Norte	382	738	51,76	388	730	53,15
Nordeste	1.567	3.794	41,30	1.510	3.413	44,24
Sudeste	2.449	3.960	61,84	2.570	3.955	64,98
Sul	1.551	4.604	33,69	1.678	4.551	36,87
Centro-Oeste	185	1.130	16,37	297	1.115	26,64
Total	6.134	14.226	43,12	6.443	13.764	46,81

Fonte: CNES/DATASUS

* Os dados de 2008 referem-se aos meses de janeiro a abril.

INDICADOR 3: PROPORÇÃO DE CONSTITUIÇÃO DE COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de constituição de Colegiados de Gestão Regional.	Número de Colegiados de Gestão Regional implantados / Número de regiões de saúde constante no PDR x 100.	CIT	Meta – 100%	

Este indicador tem correlação direta com o processo de regionalização existente ou iniciado nos Estados e expressa a capacidade de articulação e acordo entre os gestores estaduais e municipais. O Colegiado de Gestão Regional (CGR) é uma estratégia nova proposta pelo Pacto

pela Saúde que visa contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização nos estados.

O indicador proposto objetivou verificar em conformidade com os Planos Diretores de Regionalização (PDR), o número de CGR implantados por estado. Possibilitou o acompanhamento do processo de atualização da regionalização nos estados. A meta proposta pelo Ministério da Saúde para todos os estados da federação foi de 100%.

Análise Brasil

A meta nacional pactuada em 100% corresponde a uma estimativa de 453 Colegiados de Gestão Regional (CGR) constituídos. Em 2007 a meta não foi alcançada, pois foram constituídos 304 CGR, correspondendo a 67%.

A existência de 304 CGR envolveu 13 estados e 4.040 municípios, o que representou um resultado positivo para o indicador. Contribuiu para este resultado a existência de incentivo financeiro para sua implantação.

Apontam-se como desafios: encontrar um desenho de regionalização que atenda às diversidades da região amazônica, além das regiões interestaduais e fronteiriças; atualizar e revisar os PDRs pela gestão estadual e acompanhar permanente os avanços decorrentes do funcionamento desses espaços colegiados.

Os documentos utilizados para a avaliação deste indicador foram ofícios e resoluções enviados pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) informando a constituição e o reconhecimento dos CGR, os Planos Diretores de Regionalização dos Estados e o Roteiro de Regionalização.

Análise Regional

- Região Norte

Dos 7 estados da região, apenas o Tocantins conseguiu cumprir a meta pactuada. O não alcance da meta ocorreu pela dificuldade em discutir ou realizar movimentos referentes à regionalização nos estados devido principalmente às características geográficas.

- Região Nordeste

Dos 9 estados da região, somente 3, Alagoas, Ceará e Bahia, cumpriram as metas pactuadas. O Piauí, apesar de ainda não ter aderido ao Pacto pela Saúde, informou a constituição de 2 CGR, que já funcionavam desde 2006. Em alguns estados já existiam espaços regionais definidos, a exemplo das CIB regionais.

- Região Centro-Oeste

Os três estados – GO, MT e MS, pactuaram 100% e cumpriram a meta. Embora o Conselho de Saúde do Distrito Federal tenha criado sete colegiados de gestão, referentes às regiões de saúde constantes do PDR, (Resolução nº 35 de 11 de dezembro de 2007, republicada em 5 de junho de 2008), esta informação não foi encaminhada para CIT, em consonância com o que determina o Pacto pela Saúde e o instrutivo dos indicadores para a pactuação unificada, ficando assim mantida a posição de não alcance da meta pactuada.

- Região Sudeste

Os 4 estados pactuaram 100% porém somente 2 estados, São Paulo e Minas Gerais cumpriram a meta. Contribuíram para esse resultado a gestão descentralizada e a organização regional presente nestes estados.

- Região Sul

Os estados Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná pactuaram 100% e alcançaram a meta. Contribuíram para esse resultado a gestão descentralizada e o histórico de organização regional.

QUADRO 5 – PROPORÇÃO DE CONSTITUIÇÃO DE COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL

Unidade Federada	Meta Pactuada 2007 (Indicadores Pacto)	Meta Alcançada 2007 (Indicadores Pacto)
Região Norte		
Acre	100%	0%
Amapá	70%	0%
Amazonas	20%	0%
Pará	60%	0%
Rondônia	33%	0%
Roraima	100%	0%
Tocantins	100%	100%
Região Nordeste		
Alagoas	40%	100%
Bahia	75%	100%
Ceará	100%	100%
Maranhão	20%	0%
Paraíba	100%	0%
Pernambuco	100%	0%
Piauí	100%	20%
Rio Grande do Norte	100%	0%
Sergipe	43%	0%
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	100%	0%
Goiás	100%	100%
Mato Grosso	100%	100%
Mato Grosso do Sul	100%	100%
Região Sudeste		
Espírito Santo	100%	0%
Minas Gerais	100%	100%
Rio de Janeiro	100%	0%
São Paulo	100%	100%
Região Sul		
Paraná	100%	100%
Rio Grande do Sul	100%	100%
Santa Catarina	100%	100%

Fonte: Secretaria Técnica – CIT, 2007

INDICADOR 4: ÍNDICE DE ALIMENTAÇÃO REGULAR DAS BASES DE DADOS NACIONAIS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais.	Número de bases de dados dos Sistemas de Informação de alimentação obrigatória informadas e validadas no período / Total de Sistemas de Informação de alimentação obrigatória x 100.	DATASUS	Meta – 100%*	Sistemas de alimentação obrigatória: Siab/ Sinan / SI-PNI / Sinasc/ SIA-SUS / CNES. Quando couber, SIH e SIM. *100% de alimentação dos sistemas.

Este indicador é composto pelo somatório das bases de dados dos sistemas: SIA, SIH, CNES, Siab, Sinan, Sinasc, SI-PNI, SIM. Indica a regularidade da alimentação dessas bases de dados.

Entretanto, não foi possível avaliá-lo pelos motivos abaixo:

- No que se refere ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), desde a sua implantação até 2007 não havia obrigatoriedade de envio mensal de atualização de bases de dados. Somente quando houvesse alguma alteração cadastral no estabelecimento de saúde. A partir de 3 de janeiro de 2008, com a publicação da Portaria MS/SAS nº 2 ficou obrigatório o envio mensal de base como certidão negativa.
- No que se refere ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), a alimentação é obrigatória para todos os municípios, exceto para aqueles que não tenham condições técnicas e/ou operacionais para fazê-lo, de acordo com a Portaria MS/SAS nº 311, 14 de maio de 2007.
- No que se refere ao Sistema de Informação Hospitalar (SIH) a alimentação é obrigatória para os municípios que são habilitados na gestão plena de sistema e aqueles que aderiram ao pacto de gestão e assumiram a gestão sobre a internação. Não há como verificar qual percentual de municípios que ali-

mentou de forma regular esta informação na base nacional. Para os demais municípios a alimentação desse sistema fica por conta do estado.

- No que se refere ao Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) a alimentação é obrigatória para os municípios que implantaram a estratégia Saúde da Família e/ou estratégia de agentes comunitários de saúde, o que corresponde a 95% dos municípios
- Não há informações sobre a alimentação das bases de dados dos sistemas: SIM, Sinasc, Sinan e SI-PNI.

INDICADOR 5: ÍNDICE DE QUALIFICAÇÃO DE FUNCIONAMENTO BÁSICO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde.	Capacitação de Conselheiros + Análise do Plano de Saúde + Análise Relatório de Gestão + Realização Conferências de Saúde * / 4 x 100.*	Base de dados construída pelo Ministério da Saúde/ Segep em parceria com a Ensp-Fiocruz.	Meta – 100%	*Detalhamento do Numerador: Realização de Capacitação no início do mandato (=1) + Análise do Plano de Saúde em vigor (=1) + Análise do Relatório de Gestão Anual (=1) + Convocação de Conferência de Saúde a cada 4 anos (=1).

O SUS emerge da intensa mobilização social ocorrida nas décadas de 1970 e 1980. Com a volta da democracia ao Estado brasileiro, o Sistema Único de Saúde definiu, em seu texto constitucional e nas suas leis orgânicas, mecanismos e competências relativos à participação popular e ao controle social.

A definição deste indicador se deu no momento de implantação do Pacto pela Saúde, fundamentou-se no cumprimento da legislação do SUS no que diz respeito à instituição e funcionamento dos conselhos de saúde, bem como nas demandas apontadas pelas conferências de saúde. Uma delas, a formação de conselheiros de saúde, está formalizada como responsabilidade sanitária do Pacto de Gestão para os três entes federados, tendo sido apontada também como uma recomendação em diversas etapas das conferências de saúde.

São as seguintes variáveis que compõem o índice:

- Realização de capacitação de conselheiros no início do mandato;
- Análise do Plano de Saúde em vigor;
- Análise do Relatório de Gestão Anual;
- Convocação de Conferência de Saúde a cada quatro anos.

Para cada uma destas quatro variáveis foi estabelecido um valor igual a um ponto, equivalendo a 25%, ou seja, a execução de cada uma das ações representa 25% do cumprimento da meta estabelecida no âmbito nacional.

A fonte prevista para o monitoramento deste indicador foi a base de dados construída pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde, em parceria com a Ensp/Fiocruz, denominada ParticipanetSUS. Essa ferramenta encontrava-se disponível, mas devido ao processo de reformulação pela SGEP/MS e DATASUS/MS, a mesma não foi atualizada em 2007.

Sendo necessário criar uma alternativa para o levantamento de informações que pudessem subsidiar uma avaliação deste indicador no ano de 2007, optou-se pelo contato telefônico com as secretarias executivas dos conselhos estaduais de saúde, em particular com o secretário-executivo ou, na ausência deste, algum membro da equipe técnico-administrativa.

Análise Brasil

A meta pactuada nacionalmente e para todos estados foi de 100%, exceto para Sergipe que pactuou 75%.

Análise Regional

QUADRO 6 – ÍNDICE DE FUNCIONAMENTO BÁSICO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE POR REGIÕES

Unidade Federada	Meta pactuada (%)	Meta Alcançada (%)
Região Norte		
Acre	100	100
Amapá	100	50
Amazonas	100	100
Pará	100	50
Rondônia	100	100
Roraima	100	100
Tocantins	100	100
Região Nordeste		
Alagoas	100	75
Bahia	100	75
Ceará	100	100
Maranhão	100	100
Paraíba	100	75
Pernambuco	100	75
Piauí	100	100
Rio Grande do Norte	100	100
Sergipe*	75	75
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	100	100
Goiás	100	100
Mato Grosso	100	100
Mato Grosso do Sul	100	100
Região Sudeste		
Espírito Santo	100	100
Minas Gerais	100	100
Rio de Janeiro	100	25
São Paulo	100	50
Região Sul		
Paraná	100	100
Rio Grande do Sul	100	100
Santa Catarina	100	100

Fonte: MS/SGEP

* Apenas Sergipe pactuou 75% e alcançou a meta.

Os conselhos e as conferências de saúde têm um papel importante no processo de formulação e controle de políticas públicas na saúde, no entanto, apresentam ainda muitas fragilidades. A avaliação e o monitoramento são ferramentas que contribuem para a superação dessas fragilidades, seja por meio de intervenções políticas, pedagógicas ou estruturais.

Observou-se que as variáveis que mais contribuíram para o cumprimento da meta estabelecida pelo Índice de Qualificação de Funcionamento Básico do Conselho de Saúde foram: falta de análise do Relatório de Gestão Anual, falta de realização de capacitação de conselheiros no início do mandato e análise do Plano de Saúde em vigor.

Este último item (análise do Plano de Saúde em vigor) foi um dos que mais suscitou dúvidas nas respostas, pois o Plano está em construção na maior parte dos estados, com a participação dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), não havendo referência a planos anteriores.

Quanto à capacitação de conselheiros, foi levado em conta qualquer processo de capacitação realizado no início do mandato, apesar de a maioria dos estados não ter relatado a existência de processos contínuos e sistemáticos para este fim. Destaca-se que a capacitação de conselheiros em início de gestão parece estar incorporada às práticas de quase todos os CES e, com o advento da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social, a partir de 2007, facilitou a implementação desse processo.

Com relação a convocação de conferências de saúde, todos os estados e o Distrito Federal realizaram as suas, o que possibilitou uma efetiva participação nas 12^a e 13^a Conferências Nacionais de Saúde, nos anos de 2003 e 2007, respectivamente.

Em relação à variável análise do relatório de gestão anual, observou-se a necessidade de oferecer apoio técnico aos estados e DF para realizar a capacitação dos conselheiros sobre esta atividade.

INDICADOR 6: PROPORÇÃO DE ESTADOS COM A PPI (PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA) ATUALIZADA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de estados com a PPI atualizada.	Número de estados com a PPI atualizada / Total de estados x 100.	Área Técnica (Drac/SAS).	Meta – 100%	(*) UF que não usa o SISPP/MS deve apresentar as informações por meio magnético no mesmo padrão do SISPP. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados, a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos os municípios. A PPI está atualizada quando elaborada, revisada ou confirmada a cada 4 meses.

QUADRO 7 – PROPORÇÃO DE ESTADOS COM A PPI ATUALIZADA

Unidades Federadas	Meta Pactuada %	Resultado Alcançado %
Brasil	100	88,88
Região Norte		
AC	100	100
AM	100	0*
AP	100	0*
PA	100	100
RO	100	100
RR	100	100
TO	100	100
Região Nordeste		
MA	100	100
AL	100	100
BA	100	100
CE	100	100
PB	100	100
PE	100	100
PI	100	100
SE	100	100
RN	100	100
Região Centro-Oeste		
DF	100	0*
MT	100	100
GO	100	100
MS	100	100
Região Sul		
PR	100	100
RS	100	100
SC	100	100
Região Sudeste		
ES	100	100
MG	100	100
RJ	100	100
SP	100	100

Fonte: Drac/SAS

* PPI não realizada em 2007.

A PPI da Assistência tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

O indicador pactuado para monitoramento do Pacto pela Saúde no ano de 2007 previu como meta para os estados e Distrito Federal a atualização sistemática da PPI, incluindo metas físicas e financeiras. Para a avaliação deste indicador, receberam 100% os estados que atualizaram a PPI e 0% os que não atualizaram. Até a implantação do novo SISPPPI, a informação é obtida por meio do preenchimento de uma planilha eletrônica. Após a implantação, será por intermédio do envio da base atualizada do Sistema.

Dos 26 estados e o Distrito Federal, apenas 3 não cumpriram a meta pactuada: o Distrito Federal que teve sua primeira PPI publicada no mês de junho de 2008, o Amazonas que teve sua primeira PPI publicada no mês de abril de 2008 e o Amapá, que até a elaboração deste Relatório não havia formalizado seu processo de PPI.

INDICADOR 7: PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM QUATRO OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL OU PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM SETE OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal.	Número de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos x 100.	Sinasc	Referência – 86,7	Das 7 ou mais consultas para estados em que a proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal superou 90% no ano anterior. (média nacional = 52,2).

Dos 26 estados e DF, 5 não apresentaram meta para este indicador, pois o pactuaram à proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas, uma vez que já superaram 90% da meta de 4 ou mais consultas de pré-natal.

Considerou-se a meta alcançada quando o valor do indicador equivaleu ou superou 95% da meta proposta. Assim, dos 22 estados remanescentes, apenas 2 não atingiram a meta, ambos na Região Norte.

QUADRO 8 – NASCIDOS VIVOS COM 4 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

UF Residência	Meta Pactuada %	Resultado Alcançado %
Brasil	86,7	88,72
Região Norte		
Rondônia	85	84,06
Acre	70	69,85
Amazonas	75	73,00
Roraima	80	74,89
Pará	86,7	80,53
Amapá	70	67,85
Tocantins	90	88,40
Região Nordeste		
Maranhão	75	75,63
Piauí	90	87,38
Ceará	92	90,65
Rio Grande do Norte	88,59	90,39
Paraíba*	-	92,27
Pernambuco	85	88,65
Alagoas	85	85,06
Sergipe	85	87,02
Bahia	82,6	81,17
Região Sudeste		
Minas Gerais	90	91,47
Espírito Santo*	-	92,36
Rio de Janeiro*	-	90,10
São Paulo*	-	93,83
Região Sul		
Paraná*	-	95,52
Santa Catarina	95	93,55
Rio Grande do Sul	95	91,66
Região Centro-Oeste		
Mato Grosso do Sul	89	90,40
Mato Grosso	95	92,85
Goiás	95	90,84
Distrito Federal	90	89,30

Fonte: Sinasc

*Estados que pactuaram sete ou mais consultas em 2007.

INDICADOR 8: MÉDIA ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.	Número de consultas médicas nas especialidades básicas* em determinado local e período / População total no mesmo local e período.	SIA/SUS IBGE	Meta – 1,5 / habitante ano	* Códigos relacionados no numerador estão descritos no instrutivo.

Análise Brasil

Em relação a esse indicador, 21 estados alcançaram ou ultrapassaram a própria meta pactuada. Alguns fatores contribuíram para o alcance da meta Brasil tais como: expansão e consolidação da estratégia Saúde da Família, melhoria na estruturação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas condições de trabalho para as equipes, atuação dos serviços de Atenção Básica tradicional, realização de encontros entre SES e municípios para discussão do processo de pactuação, melhorias na estruturação das coordenações estaduais da Atenção Básica, desenvolvimento de estratégias de apoio técnico das SES aos municípios, melhorias da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das equipes da SES na organização e no acompanhamento da Atenção Básica e maior concentração de profissionais médicos nas regiões Sul e Sudeste.

Quanto ao não alcance de metas, evidenciada em 6 estados, destacam-se os seguintes fatores: dificuldade de contratação de médicos e a fixação desses profissionais em grande parte dos municípios para atuar nos serviços de Atenção Básica e descumprimento da jornada de trabalho.

Independente do alcance ou não da meta, os resultados referentes a esse indicador podem não refletir a realidade dos municípios e estados, considerando as dificuldades operacionais dos sistemas de informação desde o registro no Boletim de Produção Ambulatorial até sua inclusão no Sistema de Informação, podendo ser influenciado pela contagem cumulativa de consultas médicas por um mesmo habitante no período considerado.

QUADRO 9 – MÉDIA ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil	1,5 consulta / habitante / ano	1,6 consulta / habitante / ano
Região Norte		
AC	1,2	1,3
AM	1,2	1,3
AP	1	0,7
PA	1,5	1,5
RO	1,2	1,8
RR	1,2	1,3
TO	1,5	1,7
Região Nordeste		
AL	1,5	1,5
BA	1,2	1,4
CE	1,5	1,4
MA	1,6	1,9
PB	1,5	1,6
PE	1,5	1,3
PI	1,5	1,4
RN	1,5	1,3
SE	1,5	1,6
Região Centro-Oeste		
DF	1,35	1,34
GO	1,5	1,6
MS	1,8	2,0
MT	1,7	2,3
Região Sul		
PR	1,9	2,0
RS	1,5	1,5
SC	1,5	1,7
Região Sudeste		
ES	1,86	1,9
MG	1,5	1,6
RJ	1,6	1,6
SP	1,7	1,8

Fonte: SIA/SUS e IBGE

Análise Regional

- Região Norte

Dos estados, 6 alcançaram a meta pactuada em 2007. Destacam-se os seguintes fatores que podem ter contribuído para esse alcance: expansão da estratégia Saúde da Família, melhoria na estruturação das UBS e nas condições de trabalho para as equipes, desenvolvimento de estratégias de apoio entre a SES e os municípios para discussão do processo de pactuação. Com relação ao não alcance da meta, destaca-se a dificuldade de contratação e de fixação de médicos em grande parte dos municípios.

- Região Nordeste

De todos os estados 5 alcançaram a meta pactuada. Entre os fatores que podem ter influenciado o alcance de metas destacam-se: atuação dos serviços de Atenção Básica tradicional, melhorias na estruturação das coordenações estaduais da Atenção Básica, coberturas das Equipes Saúde da Família (ESF), melhorias da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das equipes da SES na organização e no acompanhamento da Atenção Básica, e desenvolvimento de estratégias de apoio técnico das SES aos municípios.

- Região Centro-Oeste

Os 3 estados e DF alcançaram a meta pactuada, e os fatores que podem ter influenciado o alcance de metas para esse indicador estão relacionados ao acesso da população aos serviços de Atenção Básica e disponibilidade de profissionais médicos.

- Região Sudeste

Todos os estados alcançaram a meta pactuada, os fatores que podem ter influenciado o alcance de metas para esse indicador estão relacionados à atuação das equipes da Atenção Básica tradicional devido a baixas coberturas populacionais da estratégia Saúde da Família, evidenciadas em alguns estados dessa região.

- Região Sul

Os 3 estados dessa região alcançaram a meta. Os fatores que podem ter influenciado esse alcance estão relacionados à importante atuação das equipes da Atenção Básica tradicional, além das ESF, ou seja, ao acesso da população aos serviços de Atenção Básica.

INDICADOR 9: COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Coeficiente de mortalidade infantil	Número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade em determinado local e período / nº de nascidos vivos, no mesmo local e período x 1.000.	SIM / Sinasc	Referência – 16,67	Número absoluto de óbitos em menores de 1 ano de idade para municípios com menos de 80 mil habitantes.

QUADRO 10 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO POR UNIDADE FEDERADA, 2007*

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado 2007*
Brasil	16,67	20,3
Região Norte		20,8
AC	20	28,0
AM	20	16,8
AP	17	20,8
PA	18,5	23,1
RO	16,5	19,9
RR	16	16,6
TO	17	17,5
Região Nordeste		28,7
MA	35	30,1
AL	24	41,2
BA	20	26,3
CE	18	24,4
PB	20	31,0
PE	24	29,2
PI	20	26,2
SE	24	30,0
RN	15	29,9
Região Centro-Oeste		16,5
DF	13,4	11,1
GO	13	17,0
MS	19	19,2
MT	16	18,2
Região Sul		12,9
PR	14	13,1
RS	12	13,0
SC	11,5	12,5
Região Sudeste		15,5
ES	14,54	17,1
MG	16,66	17,4
RJ	15	14,6
SP	13	14,6

Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

*Dados preliminares. Consulta realizada nos bancos de dados de sistemas de informações em saúde em 11 de março de 2009. A taxa de mortalidade infantil (TMI) referida é o cálculo da mortalidade infantil utilizando metodologia Ripsa, que combina dados diretos do SIM/Sinasc dos estados com boa qualidade (cobertura e regularidade) com as estimativas dos estados que não atingiram a boa cobertura, conhecida como TMI-MIX.

Análise Brasil

Para o Brasil, a meta pactuada para este indicador, em 2007, foi atingir coeficiente de mortalidade infantil de 16,7 óbitos de crianças menores de 1 ano por cada 1.000 nascidos vivos. Essa meta não foi atingida, haja vista o coeficiente de mortalidade infantil em 2007 ser de 20,3/1000 NV. Apenas 5 estados brasileiros (Amazonas, Maranhão, Distrito Federal, Paraná e Rio de Janeiro) atingiram a meta pactuada, chegando a ultrapassá-la. Entre os estados que não atingiram a meta, o estado do Mato Grosso do Sul foi o que mais se aproximou dela. Quando comparadas as TMI-MIX (cálculo da mortalidade infantil utilizando metodologia Ripsa, que combina dados diretos do SIM/Sinasc dos estados com boa qualidade (cobertura e regularidade), com estimativas dos estados que não atingiram a boa cobertura) dos anos 2005, 2006 e 2007, observou-se tendência de queda do coeficiente de mortalidade infantil em todos os estados.

Comentários

Para o Brasil a meta não foi atingida porque a queda da mortalidade neonatal, maior componente da mortalidade infantil, está aquém da redução anual de 5% necessária para que a meta fosse atingida. A redução deste componente da mortalidade infantil requer maiores esforços nos três níveis de gestão – federal, estadual e municipal, incluindo investimento na cobertura e qualidade da atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido.

Análise por macrorregiões

- Na Região Norte, apenas o Amazonas alcançou a meta pactuada.
- Na Região Nordeste, apenas o Estado do Maranhão atingiu e ultrapassou a meta pactuada.
- Na Região Centro-Oeste, apenas o Distrito Federal alcançou e ultrapassou a meta pactuada.
- Na Região Sul, apenas o Paraná atingiu e ultrapassou a meta pactuada.
- Na Região Sudeste, apenas o Estado do Rio de Janeiro atingiu e ultrapassou a meta pactuada.

INDICADOR 10: RAZÃO ENTRE EXAMES PREVENTIVOS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.	Número de exames citopatológicos cervico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos em determinado local e período / Número total de mulheres de 25 a 59 anos no mesmo local e período.	Siscam / Siscoo / IBGE	Parâmetro – 0,3	

Análise Brasil

A meta nacional de 0,3 não foi atingida. Dentre os fatores para o não alcance da meta destacam-se: a subnotificação de dados no Siscoo, o não envio dos dados para o DATASUS, que alimenta a base nacional e a cobertura pela saúde suplementar, em especial nas UF onde esta é superior à média Brasil visto que no denominador estão incluídas as mulheres que utilizam o sistema privado.

Vale destacar que a oferta de exames preventivos para a população alvo não garante a cobertura da totalidade da mesma, pois provavelmente há repetição de exames e parte da população pode estar sem acesso ao exame Papanicolau. Para verificar esta situação pode-se analisar a quantidade de exames que estão sendo realizados no período de um ano e comparar com a necessidade de repetição de exames (amostras insatisfatórias/rejeitadas, lesões de baixo grau e atípicas escamosas de significado indeterminado).

Análise Regional

- Região Norte

Concentrou 6,6% dos exames realizados no País, de modo que os estados que atingiram a meta pactuada ou a superaram refletiram pouco no resultado nacional. Ressalta-se, entretanto, que nesta região o resultado alcançou a meta pactuada.

QUADRO 11 – RAZÃO ENTRE EXAMES PREVENTIVOS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA, REGIÃO NORTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Norte	0,18*	0,18
AC	0,3	0,26
AM	0,17	0,17
AP	0,3	0,14
PA	0,1	0,15
RO	0,24	0,2
RR	0,3	0,34
TO	0,35	0,27

Fonte: Siscam/Siscolo

* Como não havia informação da meta pactuada para as regiões e Brasil, calculou-se o número de exames a serem realizados pelos estados para atingirem a meta pactuada. Foi feito o somatório dos estados e a divisão pela população da região. (memória de cálculo: soma dos exames a serem realizados na região / população da região).

- Região Nordeste

Esta foi a região onde se concentraram os estados com maiores problemas no envio das bases atualizadas para a base nacional. Aproximadamente 29% do total dos exames foram realizados na população desta região.

QUADRO 12 – RAZÃO ENTRE EXAMES PREVENTIVOS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA, REGIÃO NORDESTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Nordeste	0,27	0,21
MA	0,2	0,2
AL	0,3	0,02
BA	0,24	0,14
CE	0,3	0,27
PB	0,3	0,29
PE	0,3	0,24
PI	0,3	0,35
SE	0,28	0,06
RN	0,3	0,27

Fonte: Siscam/Siscolo

- Região Centro-Oeste

Somente 1 dos estados alcançou a meta pactuada. A cobertura de saúde suplementar e os problemas no repasse de dados podem ter interferido no resultado alcançado.

QUADRO 13 – RAZÃO ENTRE EXAMES PREVENTIVOS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA, REGIÃO CENTRO-OESTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Centro-Oeste	0,25	0,18
DF	0,16	0,13
MT	0,2	0,23
GO	0,3	0,16
MS	0,3	0,25

Fonte: Siscam/Siscolo

- Região Sul

Os resultados alcançados por esta região estiveram aquém da meta pactuada. Vale ressaltar que em todos os estados a cobertura da saúde suplementar alteraria pouco a razão encontrada.

QUADRO 14 – RAZÃO ENTRE EXAMES PREVENTIVOS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA, REGIÃO SUL

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sul	0,26	0,17
PR	0,3	0,22
RS	0,2	0,15
SC	0,3	0,13

Fonte: Siscam/Siscolo

- Região Sudeste

Esta região concentra 42,7% dos exames realizados no País, onde também se concentra a maior cobertura da saúde suplementar. Outro fator que deve ser destacado é a realização de exames por faixa etária, havendo, por exemplo, em um estado, oscilação entre o aumento na oferta de exames em 2007, mas na faixa etária de 25 a 59 anos houve queda de 23 mil exames, quando comparado ao ano de 2006.

QUADRO 15 – RAZÃO ENTRE EXAMES PREVENTIVOS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA, REGIÃO SUDESTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sudeste	0,28	0,17
ES	0,3	0,26
MG	0,23	0,23
RJ	0,3	0,12
SP	0,3	0,16

Fonte: Siscam/Siscolo

INDICADOR 11: PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL INVESTIGADOS

Análise Brasil

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.	Número de óbitos investigados de mulheres de 10 a 49 anos de idade, em determinado local e período / Número total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de idade, no mesmo local e período x 100.	SIM/ Comitês	Referência – 75%	Estados, DF e UF com pop. > ou = a 80.000 hab.

A meta nacional de investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) foi de 75%. O resultado alcançado nacionalmente foi de 29%, o que corresponde a 40% da meta. Embora a meta não tenha sido alcançada, houve um ligeiro aumento em relação a 2006 onde foram investigados 26% dos óbitos.

Ainda há muito a aprimorar no desempenho deste indicador e espera-se que com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.119, de 3 de junho de 2008, que torna obrigatória a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil, haja incremento para o próximo ano.

Análise Regional

O resultado do indicador apresentou certa homogeneidade inter-regional, com disparidades intrarregionais nas regiões Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Na Região Norte, apresentou um valor inferior às demais, o que provavelmente reflete as dificuldades de comunicação e transporte dessa região, que afetam todas as ações de saúde.

Entre os estados com investigação de óbito de MIF acima de 40% destacaram-se: Roraima, Tocantins, Ceará, Mato Grosso e Paraná. Entre os que investigam 10% ou menos dos óbitos de MIF estão: Amazonas, Amapá, Pará, Bahia, Piauí e Mato Grosso do Sul. Segundo informação do Dasis/SVS, o Estado do Rio Grande do Sul teve problemas com a base de dados, é possível que o valor investigado seja superior ao que consta no quadro.

Quadro Regional

QUADRO 16 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL INVESTIGADOS

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil	-	29,0
Região Norte		15,9
AC	75	35,9
AM	20	1,3
AP	80	2,7
PA	75	6,5
RO	75	16,0
RR	75	64,0
TO	75	40,8
Região Nordeste		27,2
MA	75	30,7
AL	75	16,6
BA	75	3,6
CE	90	40,3
PB	60	27,5
PE	92,5	34,3
PI	40	10,0
SE	75	22,1
RN	75	21,1
Região Centro-Oeste		31,8
DF	100	91,5
MT	75	59,5
GO	75	34,7
MS	75	1,3
Região Sul		31,9
PR	95	89,0
RS	75	23,7
SC	75	27,3
Região Sudeste		30,7
ES	75	19,7
MG	75	29,7
RJ	75	41,6
SP	50	21,2

Fonte: SIM

(-) meta não pactuada.

INDICADOR 12: TAXA DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC) na população de 40 anos e mais no mesmo local e período / População de 40 anos e mais no mesmo local e período x 10.000.	SIH / IBGE	Referência – < 33,5/10.000 Meta – reduzir o resultado do período anterior.	

A meta pactuada pelo nível federal para o Brasil foi de 33,5 por 10 mil habitantes e o resultado obtido correspondeu a 31,4 por 10 mil habitantes, caracterizando o alcance da meta.

Com relação a esse indicador, não foi realizada análise específica para cada estado nem por região, considerando-se que os elementos que podem contribuir para o alcance ou não da meta são diversos, tendo ainda dificuldade em se estabelecer relação direta com os resultados alcançados no período de um ano. Esses elementos, na Atenção Básica, estão relacionados a acesso e utilização dos serviços de saúde, capacidade instalada de Unidades Básicas de Saúde, implantação de Equipes Saúde da Família, diagnóstico precoce, disponibilidade de exames laboratoriais para diagnóstico e monitoramento de prevenção secundária, disponibilidade de medicamentos, educação em saúde para o autocuidado, mecanismos de adesão ao tratamento, etc. Em outros níveis de complexidade está relacionado com aumento da capacidade instalada de leitos hospitalares e unidades de terapia intensiva, sistema de regulação que facilite o acesso a esses leitos quando necessário, transporte público efetivo, unidades e serviços de urgência e emergência eficazes com acesso a leitos hospitalares, além de sistemas de informação confiáveis.

QUADRO 17 – TAXA DE INTERNAÇÃO POR AVC, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO POR UNIDADE FEDERADA, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Norte		28,8
AC	27,73	25,5
AM	18,5	17,2
AP	29,4	22,0
PA	33,5	32,5
RO	27,9	30,8
RR	22,9	25,1
TO	43	37,6
Região Nordeste		32,7
AL	45	41,0
BA	36	36,0
CE	28	28,9
MA	31	29,6
PB	42	40,7
PE	27,5	29,2
PI	45	43,8
RN	26	24,3
SE	20	18,5
Região Centro-Oeste		30,0
DF	27,6	26,2
GO	36,4	30,2
MS	31	26,8
MT	42	35,6
Região Sul		37,5
PR	42	38,8
RS*		
SC	45,5	40,2
Região Sudeste		29,2
ES	30,9	32,8
MG	39	38,6
RJ	30	25,4
SP	27,5	26,2

Fonte: SIH/SUS e IBGE

*Pactuou taxa de internação por AVC para população de 30 a 59 anos.

INDICADOR 13: PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR COMPLICAÇÕES DE DIABETES MELLITUS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de internações por complicações de <i>diabetes mellitus</i> .	Número de internações por complicações de <i>diabetes mellitus</i> em determinado local e período / Total das hospitalizações (exceto partos) no mesmo local e período X 100.	SIH	Referência – 1,3%	

A meta nacional pactuada foi de 1,3%, para esse indicador e o resultado alcançado também foi de 1,3%, caracterizando alcance da meta.

Com relação a esse indicador, não foi realizada análise específica para cada estado nem por região considerando-se que os elementos que podem contribuir para o alcance ou não da meta são diversos e ainda pela dificuldade de estabelecer relação direta com os resultados alcançados no período de um ano. Esses elementos, na Atenção Básica, estão relacionados a acesso e utilização dos serviços de saúde, capacidade instalada de unidades básicas de saúde, implantação de Equipes Saúde da Família, diagnóstico precoce, disponibilidade de exames laboratoriais para diagnóstico e monitoramento de prevenção secundária, disponibilidade de medicamentos, educação em saúde para o autocuidado, mecanismos de adesão ao tratamento, etc. Em outros níveis de complexidade tem a ver com aumento da capacidade instalada de leitos hospitalares e unidades de terapia intensiva, sistema de regulação que facilite o acesso a esses leitos quando necessário, transporte público efetivo, unidades e serviços de urgência e emergência eficazes com acesso a leitos hospitalares, além de sistemas de informação confiáveis.

QUADRO 18 – PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR COMPLICAÇÕES DE *DIABETES MELLITUS*, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil	1,3	1,3
Região Norte		0,9
AC	1,12	0,8
AM	0,75	0,6
AP	1,02	1,1
PA	0,7	0,9
RO	1,3	1,6
RR	2,4	1,5
TO	1,2	1,2
Região Nordeste		1,2
AL	1,2	1,2
BA	1,2	1,4
CE	1,3	1,0
MA	1,2	0,9
PB	2	1,2
PE	1,6	1,4
PI	1	1,2
RN	1	1,1
SE	1,44	1,0
Região Centro-Oeste		1,6
DF	2	1,8
GO	1,8	1,9
MS	1,1	1,1
MT	1,2	1,5
Região Sul		1,5
PR	1,3	1,2
RS*		
SC	1,4	1,4
Região Sudeste		1,3
ES	1,3	1,1
MG	1,56	1,4
RJ	2,2	1,7
SP	1,3	1,0

Fonte: SIH/SUS

*Pactuou para população de 20 a 59 anos.

INDICADOR 14: COBERTURA DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Cobertura da primeira consulta odontológica programática.	Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas* realizadas em determinado local e período / População no mesmo local e período x 100.	SIA / IBGE	Meta – 30%	* Código do SIA/SUS: 03.021.01-7. Observação: A descrição deste procedimento foi alterada pela Portaria MS/SAS nº 95, de 14 de fevereiro de 2006.

Análise Brasil

A meta nacional pactuada foi de 30% e o resultado alcançado foi de 11,9% de cobertura, ou seja, a meta não foi cumprida e dos 27 estados, 11 alcançaram a meta pactuada.

Com relação à meta Brasil destaca-se que os resultados alcançados se mantêm constantes ao longo dos anos, ficando abaixo da meta nacional de 30%. Ressalta-se que a descrição desse procedimento foi alterada em 2006 com o objetivo de melhorar o registro no Sistema de Informação Ambulatorial. No entanto, acredita-se que ainda persistem diversos entendimentos da descrição da primeira consulta odontológica programática, repercutindo no registro da informação. Praticamente todos os estados apresentaram pequenas variações na comparação entre os resultados dos anos de 2006 e 2007. Também observou-se que em 2007 houve crescimento mais reduzido de novas Equipes de Saúde Bucal quando comparado a anos anteriores.

Dos fatores que podem ter contribuído para o alcance da meta nos estados, infere-se a melhoria de acesso da população ao serviço odontológico.

Entre os elementos que podem ter influenciado o não alcance de metas, destacam-se: dificuldade de fixação de profissionais da saúde bucal notadamente no interior dos estados, áreas rurais dos municípios, comunidades isoladas (ribeirinhas); falha na alimentação do procedimento no SIA/SUS e o descumprimento da jornada de trabalho.

Análise Regional

- Região Norte

Dos estados, 4 alcançaram a meta pactuada em 2007. Dos elementos que podem ter influenciado o alcance de metas destacam-se a melhoria de acesso da população ao serviço odontológico.

QUADRO 19 – COBERTURA DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO NORTE 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Norte		12,3
AC	8	9,5
AM	15	13,4
AP	8,74	9,4
PA	30	14,3
RO	6,5	6,8
RR	14,5	11,4
TO	7,5	8,0

Fonte: SIA/SUS

- Região Nordeste

Dos 9 estados 4 alcançaram a meta pactuada em 2007. Dos elementos que podem ter influenciado o alcance de metas destacam-se a melhoria de acesso da população ao serviço odontológico.

QUADRO 20 – COBERTURA DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO NORDESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Nordeste		13,8
AL	16,5	13,0
BA	13	13,2
CE	14	11,2
MA	12,5	18,1
PB	17	15,5
PE	12	13,0
PI	30	11,7
RN	30	15,6
SE	14,5	16,6

Fonte: SIA/SUS

- Região Centro-Oeste

Dos 4 estados 2 alcançaram a meta pactuada em 2007. Não se tem subsídios que indiquem o que pode ter influenciado o alcance das metas.

QUADRO 21 – COBERTURA DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO CENTRO-OESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Centro-Oeste		12,5
DF	9	7,3
GO	12	11,9
MS	15	13,8
MT	14,5	17,1

Fonte: SIA/SUS

- Região Sul

Dos 3 estados, apenas um alcançou meta pactuada em 2007. Não se tem subsídios que indiquem o que pode ter influenciado o alcance ou não de metas.

QUADRO 22 – COBERTURA DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO SUL, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sul		13,3
PR	17	14,2
RS	11,5	10,8
SC	16	16,5

Fonte: SIA/SUS

- Região Sudeste

Nenhum dos estados alcançou a meta pactuada em 2007. Não se tem subsídios que indiquem o que pode ter influenciado o alcance ou não de metas.

QUADRO 23 – COBERTURA DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO SUDESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sudeste		10
ES	9,96	9,0
MG	12,5	11,3
RJ	20	9,9
SP	11	9,5

Fonte: SIA/SUS

INDICADOR 15: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF).	População cadastrada no Siab em determinado local e período (modelo de atenção PSF)/População no mesmo local e período X 100.	Siab/IBGE	Meta – 43%	

A meta pactuada foi de 43%, e o resultado alcançado foi de 48%.

Dos 27 estados que pactuaram esse indicador, 21 tiveram resultados iguais ou melhores em relação à meta pactuada.

Destaca-se que o método de cálculo desse indicador foi alterado após publicação da Portaria MS/GM nº 91, de 10 de janeiro de 2007. Para cálculo dos resultados foi considerado no denominador, a população estimada pelo IBGE para o ano de 2005, conforme consta no instrutivo da referida portaria corrigido e republicado.

Houve, ainda em 2007, uma mudança importante no sistema de cadastro dos profissionais das Equipes Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e das Equipes de Saúde Bucal passando do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) para o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), fator que pode ter influenciado no não alcance da meta em alguns estados.

Para a gestão federal, alguns fatores contribuíram para o alcance das metas, tais como: esforço dos municípios em aderir e/ou expandir a estratégia Saúde da Família; envolvimento e apoio de técnicos da SES e das regionais de saúde aos municípios; priorização da estratégia Saúde da Família como modelo de atenção em substituição ao tradicional; implementação e discussão da Política Nacional da Atenção Básica entre SES e SMS; existência ou implantação de incentivo financeiro estadual para as Equipes Saúde da Família e Saúde Bucal; aporte de recursos financeiros por meio de convênios entre Ministério da Saúde e SMS; Pacto de Gestão como ferramenta indutora da organização das ações a serem implementadas pela SES no apoio aos municípios no tocante à Atenção Básica; realização de concurso público em alguns estados para composição das ESF; intensificação do trabalho destas equipes; implantação de financiamento federal diferenciado para a estratégia Saúde da Família com base em critérios estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica e melhorias no processo de monitoramento da AB por parte da SES.

Com relação ao não alcance de metas, dos fatores que podem ter contribuído destacam-se: dificuldade de expansão da Saúde da Família em função de problemas de contratação e fixação dos profissionais médicos em municípios localizados no interior dos estados e em comunidades isoladas (ribeirinhas), Unidades de Atenção Básica que ainda estão sob gestão estadual, falta de infraestrutura de UBS, não priorização da estratégia como modelo de atenção de organização da Atenção Básica, incoerência na definição da meta e dificuldade de articulação entre SES/SMS e atraso no repasse do incentivo financeiro estadual, quando existente.

Análise Regional

- Região Norte

Com relação à Região Norte, 6 estados alcançaram a meta pactuada em 2007. Dos fatores que podem ter contribuído para o alcance da meta destacam-se: envolvimento de técnicos do nível central e das regionais da SES, esforço das coordenações de Atenção Básica e dos gestores municipais em organizá-la a partir da estratégia Saúde da Família, implementação e discussão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nos estados e municípios com apoio de técnicos do Ministério da Saúde, aporte de recursos financeiros do Ministério aos municípios por meio de convênios e a criação de modalidades diferenciadas de financiamento federal da estratégia Saúde da Família com base em critérios estabelecidos na PNAB.

Para o não alcance da meta, destacaram-se a dificuldade de fixação de profissionais médicos no interior do estado, em áreas rurais dos municípios e comunidades isoladas (ribeirinhas) e também o fato de algumas Unidades de Atenção Básica estarem sob gestão da esfera estadual.

QUADRO 24 – PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO NORTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Norte		43,7
AC	43	53,4
AM	43	43,0
AP	42,6	61,7
PA	43	34,6
RO	32,6	37,3
RR	65	73,2
TO	75	79,6

Fonte: Siab

- Região Nordeste

Dos estados, 8 alcançaram a meta pactuada. Dos fatores que possam ter contribuído para o alcance, destacaram-se: priorização da estratégia Saúde da Família como modelo de organização da Atenção Básica; esforço dos municípios em ampliar a cobertura populacional pela SF e o apoio técnico da SES aos processos de implantação e desenvolvimento da estratégia junto aos municípios.

Para o não alcance da meta, destaca-se a dificuldade de fixação de profissionais médicos notadamente no interior do estado e áreas rurais dos municípios.

QUADRO 25 – PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO NORDESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Nordeste		69,1
AL	70	70,2
BA	50	50,5
CE	62	65,1
MA	65,5	77,6
PB	75	92,1
PE	65	69,0
PI	85	93,6
RN	89,4	94,4
SE	85	78,6

Fonte: Siab

- Região Centro-Oeste

Dos estados, 3 alcançaram a meta pactuada. Destacaram-se como fatores que contribuíram com o alcance de metas: Pacto de Gestão como indutor do fortalecimento da gestão estadual; existência de incentivo financeiro estadual para as Equipes Saúde da Família e de Saúde Bucal; apoio das SES aos municípios para implantação da Saúde da Família e a regulamentação estadual que fixa diretrizes para o exercício da atividade do ACS; credenciamento do teto de ACS, ESF e ESB de um dos estados dessa região para 100% dos municípios facilitando o processo de implantação de novas equipes da SF; melhoria dos processos de monitoramento da AB por parte da SES.

Para o não alcance da meta, destaca-se a não priorização da Estratégia Saúde da Família como modelo de organização da Atenção Básica.

QUADRO 26 – PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO CENTRO-OESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Centro-Oeste		48,2
DF	10	9,3
GO	55	55,0
MS	50	51,8
MT	58	63,9

Fonte: Siab

- Região Sudeste

Apenas 2 estados alcançaram a meta pactuada. Dos fatores que contribuíram para o alcance destacaram-se: priorização da estratégia Saúde da Família como modelo de organização da Atenção Básica por parte da gestão estadual; esforço dos municípios em ampliar a cobertura populacional e a implantação de incentivo financeiro estadual.

Para o não alcance da meta, não priorização da estratégia saúde da família como modelo de organização da Atenção Básica e dificuldade de expansão da Saúde da Família em função de problemas de contratação e fixação dos profissionais médicos.

QUADRO 27 – PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO SUDESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sudeste		35,5
ES	50	48,5
MG	56	60,3
RJ	43	24,3
SP	24	26,8

Fonte: Siab

- Região Sul

Apenas 2 estados alcançaram a meta pactuada. Entre os fatores que possam ter contribuído para o alcance destaca-se: existência ou implantação de incentivo financeiro por parte do estado para as ESF e ESB.

Para o não alcance da meta destacam-se a dificuldade de contratação de profissionais e a dificuldade de articulação entre SES e SMS.

QUADRO 28 – PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO SUL, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sul		46,7
PR	45,8	50,5
RS	35	30,3
SC	70	70,3

Fonte: Siab

INDICADOR 16: COBERTURA VACINAL POR TETRAVALENTE EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano de idade.	Número de crianças menores de 1 ano de idade vacinadas com a 3ª dose de tetravalente / Número de nascidos vivos x 100.	SI-PNI / Sinasc	Meta – > = 95%	

Das 27 UF que pactuaram este indicador, 9 não alcançaram a meta, considerando a população atualizada no Sinasc em 2005.

Para algumas Unidades Federadas, em especial das regiões Sul e Sudeste, esse denominador pode estar superenumerado em função da queda da fecundidade que vem declinando ano a ano no País como um todo e, em particular, no Estado do Rio Grande do Sul. Deve-se considerar que esta base de dados (Sinasc) equivale aos registros de

dois anos anteriores ao ano em análise. Em Unidades Federadas com cobertura superior a 100% possivelmente deve-se a subenumeração do denominador (Cobertura do Sinasc abaixo do estimado) ou invasão de população alvo não detectável pelo sistema de informação.

Em 2007, não ocorreu a “Operação Gota”, missão aérea de vacinação para áreas de difícil acesso de algumas UF na Região Norte, o que possivelmente contribuiu para coberturas vacinais abaixo do estabelecido pelo PNI.

QUADRO 29 – COBERTURA VACINAL POR TETRAVALENTE EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Norte		
AC	95	95,5
AM	95	94,5
AP	95	97,9
PA	95	112,8
RO	95	95,5
RR	95	90,5
TO	95	102,2
Região Nordeste		
MA	95	108,85
AL	95	90,73
BA	95	100,6
CE	95	103
PB	95	101,3
PE	95	102,6
PI	100	98,8
SE	95	103,7
RN	95	90,4
Região Centro-Oeste		
DF	95	93,9
GO	95	105,9
MS	95	98,1
MT	100	96,9
Região Sul		
PR	95	94,5
SC	81,2	100,5
RS	95	90,3
Região Sudeste		
ES	95	101,5
MG	95	99,2
RJ	95	94,1
SP	96	93,6

Fonte: Sinasc

INDICADOR 17: PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DO ESTADO COM COBERTURA VACINAL ADEQUADA (95%) PARA A HEPATITE B EM MENORES DE 1 ANO, 2007

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a hepatite B em < 1 ano de idade.	Número de municípios com cobertura vacinal adequada para hepatite B ($\geq 95\%$) / Total de municípios do estado x 100.	SI-PNI	Meta – 70% dos municípios com cobertura adequada.	

Podem-se considerar as notas em relação às metas estabelecidas e alcançadas sobre a vacina tetravalente (DTP+Hib). Acrescenta-se o tempo prolongado entre a 1ª e 3ª doses da vacina contra hepatite B (180 dias) que provavelmente contribui para obtenção de coberturas vacinais mais baixas quando comparadas às demais coberturas vacinais nesta faixa etária, especialmente quando o esquema vacinal desta vacina não se iniciou ao nascer como preconizado (1ª dose) e com isto, não houve equivalência na administração da 3ª dose com as 3ªs doses das demais vacinas (contra poliomielite e tetravalente) indicadas para este grupo etário.

QUADRO 30 – PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DO ESTADO COM COBERTURA VACINAL ADEQUADA (95%) PARA A HEPATITE B EM MENORES DE 1 ANO

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil	70	69,82
Região Norte		
AC	70	68,18
AM	70	45,16
AP	70	50,00
PA	70	75,52
RO	70	63,46
RR	70	20,00
TO	97	72,66
Região Nordeste		
MA	70	73,73
AL	70	59,80
BA	70	73,14
CE	70	89,13
PB	70	78,92
PE	87,3	71,35
PI	85	67,26
SE	70	78,67
RN	70,06	71,26
Região Centro-Oeste		
DF	100	NA
GO	70	73,58
MT	70	74,47
MS	65	69,23
Região Sul		
PR	70	64,41
RS	70	51,01
SC	80	65,19
Região Sudeste		
ES	70	83,33
MG	70	74,91
RJ	64	71,74
SP	70	70,08

Fonte: Siapi

INDICADOR 18: PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DO ESTADO COM COBERTURA VACINAL ADEQUADA DA VACINA TETRAVALENTE EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a tetravalente em < 1 ano de idade.	Número de municípios com cobertura vacinal adequada para tetravalente ($\geq 95\%$) / Total de municípios do estado x 100.	SI-PNI	Meta – 70% dos municípios com cobertura adequada.	

A meta pactuada entre estados e municípios é de 70% destes últimos com cobertura vacinal de 95%. A baixa homogeneidade verificada nos estados de Roraima e Amazonas pode ser explicada, em parte, pelo fato de a população residir em área de difícil acesso dificultando os esquemas vacinais, especialmente em vacinas multidoses. Um fato que possivelmente contribuiu para as baixas coberturas observadas na Região Norte foi a não realização da Operação Gota. Já a baixa homogeneidade na Região Sul é explicada, possivelmente, pela superenumeração do denominador para alguns municípios da região.

QUADRO 31 – PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DO ESTADO COM COBERTURA VACINAL ADEQUADA DA VACINA TETRAVALENTE EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil		64,3
Região Norte		
AC	70	77,7
AM	70	56,4
AP	70	75,0
PA	70	87,4
RO	70	76,9
RR	70	33,3
TO	97	74,1
Região Nordeste		
MA	70	76,5
AL	70	57,4
BA	70	71,0
CE	70	78,2
PB	70	73,0
PE	77	72,4
PI	72	65,0
SE	70	74,6
RN	70	54,4
Região Centro-Oeste		
DF	100	NA
GO	70	62,6
MS	60	57,6
MT	70	70,9
Região Sul		
PR	70	47,3
RS	70	63,1
SC	70	41,3
Região Sudeste		
ES	70	84,6
MG	70	69,1
RJ	64	75,0
SP	70	59,5

Fonte: SI-API

INDICADOR 19: PROPORÇÃO DE IMÓVEIS INSPECIONADOS PARA IDENTIFICAÇÃO E ELIMINAÇÃO DE CRIADOUROS DE *Aedes aegypti*

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de <i>Aedes aegypti</i> .	Número de imóveis inspecionados / Total de imóveis do município x 6 x 100.	SIS FAD	Meta – 80% das inspeções programadas.	

Análise Brasil

Este indicador refere-se às atividades de controle vetorial da dengue, tendo como meta a inspeção de 80% de imóveis visitados seis vezes ao ano para as regiões e estados do Brasil.

Entre as atividades de rotina do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) a inspeção domiciliar realizada pelo agente de controle da dengue, no cenário atual, ainda se constitui em importante ação no controle da doença. Atividades de grande relevância como o levantamento de índices, eliminação de criadouros, tratamentos com larvicida quando indicado e, principalmente, o aporte de informações à população, são de fundamental importância para a promoção de mudanças de comportamento, colaborando para que o ambiente doméstico permaneça livre do vetor *Aedes aegypti*.

O número total de imóveis pactuados para a inspeção domiciliar no Brasil foi de 232.156.356, tendo sido realizadas 48.189.992, correspondendo a 21% da meta estabelecida. Nenhum estado atingiu a meta pactuada.

Esta baixa cobertura pode estar associada aos diferentes níveis de organização dos Programas de Controle da Dengue nos municípios que, pela sua própria complexidade, apresenta níveis diferenciados de implantação, principalmente, para os municípios mais populosos. Outro aspecto a ser destacado como dificuldade é a precariedade do sistema de informações vetoriais (Sisfad) atualmente em uso. Este sistema de informações sofre constantes problemas em seu funcionamento o que acarreta o registro inadequado dos dados.

Na Região Norte, foram pactuadas 16.175.495 visitas e realizadas 5.093.934 (31%), sendo que nenhum estado da região atingiu a meta. Tocantins com 74% dos imóveis inspecionados foi o estado da região que mais se aproximou do parâmetro estabelecido, enquanto o Amazonas e o Amapá, com apenas 1% do total de visitas preconizadas, foram responsáveis pelos índices mais baixos observados.

Na Região Nordeste, foram pactuadas 68.753.967 inspeções e realizadas 17.532.553, o que correspondeu a um percentual de 26% sendo que nenhum estado da região atingiu a meta. O maior índice de visitação foi do Estado do Maranhão com 3.259.559 visitas realizadas, correspondendo a 50% do total estabelecido e o menor indicador foi observado na Paraíba com apenas 9% do total pactuado ou 454.046 visitas.

Na Região Centro-Oeste, foram realizadas 6.312.430 (33%) das 18.881.523 inspeções pactuadas e nenhuma Unidade Federada atingiu o índice estabelecido. O Distrito Federal inspecionou 1.926.101, o que correspondeu a um percentual de 66% das visitas preconizadas, enquanto o Estado do Mato Grosso realizou apenas 18% ou 633.709 inspeções.

Dos estados da Região Sul, apenas o Paraná registra transmissão autóctone de dengue, portanto, o indicador foi analisado para este estado, que atingiu 3% da meta pactuada.

Na Região Sudeste, foram inspecionados 34.754.253 imóveis, representando 31% do total de 113.726.816 imóveis pactuados. Os estados do Espírito Santo e Minas Gerais, com 64% e 62% de visitas, respectivamente, em relação ao total de imóveis pactuados, foram os que ficaram mais próximos da meta estabelecida. São Paulo efetuou apenas 512.330 inspeções domiciliares, correspondendo a 1% do total de 57.140.707 imóveis preconizados.

Vale destacar que alguns municípios de alguns estados (Amazonas, Amapá, Maranhão, Bahia, Piauí, Goiás, Mato Grosso e São Paulo) não apresentaram informações o que pode ter influenciado no resultado do indicador.

QUADRO 32 – PROPORÇÃO DE IMÓVEIS INSPECIONADOS PARA IDENTIFICAÇÃO E ELIMINAÇÃO DE CRIADOUROS DE *Aedes Aegypti*

Unidades Federadas	Meta Proposta	Resultado Alcançado
Brasil	80	21
Região Norte		31
AC	80	60
AM	80	1
AP	80	1
PA	80	39
RO	80	18
RR	80	8
TO	80	74
Região Nordeste		26
AL	80	15
BA	80	18
CE	80	27
MA	80	50
PB	80	9
PE	80	39
PI	100	28
RN	80	12
SE	80	24
Região Centro-Oeste		33
DF	80	66
GO	80	21
MS	80	53
MT	100	18
Região Sul		2
PR	80	3
RS*	80	0
SC	70	0
Região Sudeste		31
ES	80	64
MG	80	62
RJ	80	49,2
SP	80	1

INDICADOR 20: PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA COMBATE À DENGUE COM MENOS DE 1% DE INFESTAÇÃO PREDIAL POR *Aedes Aegypti*

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de municípios prioritários para combate à dengue com < 1% de infestação predial por <i>Aedes Aegypti</i> .	Número de municípios prioritários para dengue com < 1% de infestação predial por <i>Aedes Aegypti</i> / Número de municípios prioritários no combate à dengue x 100.	SIS FAD	Meta – 30%	

Análise Brasil

Este indicador refere-se a infestação predial inferior a 1% em municípios prioritários por estado. A Organização Mundial da Saúde preconiza que há maior probabilidade de ser deflagrada uma epidemia quando os índices de infestação predial estão acima de 1%, no entanto não existe nível limite abaixo do qual se possa ter certeza de que não ocorra transmissão em níveis epidêmicos.

Dessa forma, esse indicador reflete tanto o risco de ocorrência de epidemias nos municípios prioritários como a qualidade das atividades de rotina, principalmente das inspeções domiciliares. Vale ressaltar que em virtude do pequeno número de imóveis inspecionados, conforme discutido anteriormente, os índices larvários obtidos devem ser vistos com prudência.

No Brasil, a meta pactuada foi de 30% dos municípios, o que correspondeu a 254 municípios prioritários com infestação predial abaixo de 1% de um total de 651 municípios.

- Na Região Norte todos os estados, com exceção de Amapá e Rondônia, atingiram o índice preconizado.
- No Nordeste, somente os estados do Maranhão, Alagoas e Pernambuco atingiram as metas pactuadas.
- Na Região Centro-Oeste, todas Unidades Federadas exceto Mato Grosso alcançaram os resultados esperados.

- Na Região Sul, somente o Estado do Paraná pactuou uma meta que foi plenamente atingida.
- No Sudeste todos os estados obtiveram os índices pactuados.

Vale destacar que alguns municípios de alguns estados (Amazonas, Amapá, Maranhão, Bahia, Piauí, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais e São Paulo) não apresentaram informações o que pode ter influenciado no resultado do indicador.

QUADRO 33 – PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA COMBATE À DENGUE COM MENOS DE 1% DE INFESTAÇÃO PREDIAL POR *Aedes Aegypti*

Unidades Federadas	Total de Municípios Prioritários	Meta Pactuada (%)	Nº Municípios Prioritários Pactuados IIP<1%**	Resultado Alcançado (%)*
Brasil	651	30	254	100
Região Norte	83	37	31	94
AC	11	30	3	100
AM	13	80	10	0
AP	3	33	1	100
PA	32	30	10	100
RO	10	30	3	33
RR	4	25	1	100
TO	10	30	3	100
Região Nordeste	246	51	126	68
MA	31	40	12	100
AL	19	30	6	100
BA	45	30	14	50
CE	34	79	27	44
PB	16	31	5	80
PE	40	30	12	100
PI	33	90	30	73
SE	12	100	12	25
RN	16	50	8	38
Região Centro-Oeste	74	39	29	100
DF	1	100	1	100
GO	48	30	14	100
MT	18	60	11	45
MS	7	43	3	100
Região Sul	38	30	11	100
PR	38	30	11	100
RS	0	0	0	
SC	0	0	0	
Região Sudeste	210	27	57	100
ES	20	30	6	100
MG	85	30	26	100
RJ	50	15	8	100
SP	55	30	17	100

* dados sujeitos a alterações.

** Considerou-se como município acima de 1% aqueles que não informaram os dados ao Sisfad do nível federal, contabilizados da seguinte forma:

INDICADOR 21: PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA COMBATE À DENGUE COM PLANO DE CONTINGÊNCIA DE ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DENGUE ELABORADO

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de municípios prioritários para combate à dengue com plano de contingência de atenção aos pacientes com dengue elaborado.	Número de municípios prioritários para dengue com plano de contingência de atenção aos pacientes com dengue elaborado / Número de municípios prioritários no combate à dengue x 100.	DIAGDENGUE	Meta – 100%	

Análise Brasil

Com o lançamento do Programa Nacional de Controle da Dengue, em 2002, foram definidos municípios prioritários – respondem por mais de 80% dos casos notificados e, em sua maioria, são responsáveis pela dispersão do vetor e da doença para os municípios de menor porte. Em 2006, 651 municípios brasileiros foram considerados prioritários para o controle da dengue.

No Pacto pela Vida, estados e municípios pactuaram a implantação de Planos de Contingência de atenção ao paciente com dengue com objetivo de reduzir a letalidade por febre hemorrágica da dengue (FHD) em 100% dos municípios prioritários, exceto para os estados do Espírito Santo e Rio de Janeiro que pactuaram, respectivamente, 70% e 50%. Esses percentuais representam 620 dos 651 municípios prioritários existentes no Brasil.

Até dezembro de 2007, 428 municípios prioritários haviam implantado Plano de contingência, representando 69% da meta estabelecida.

Análise Regional

- Região Norte

Não alcançou a meta estabelecida, apresentando o menor resultado no alcance da meta por região. Nenhum dos estados que compõem a região alcançou a meta pactuada. Dos 83 municípios prioritários da região que pactuaram a implantação de Plano de Contingência, 31 (37,3%) alcançaram a meta.

Os estados de Rondônia e Tocantins obtiveram o melhor desempenho da região, com 80% dos municípios prioritários com Plano de Contingência implantado.

Os estados de Roraima e Pará alcançaram, respectivamente, 50% e 31,3% da meta estabelecida.

Os estados que mais contribuíram para o baixo desempenho da região foram: Amapá (0%), Acre (9,1%) e Amazonas (15,4%).

- Região Nordeste

Não alcançou a meta estabelecida. Nenhum dos estados que compõem a região alcançou a meta pactuada. Dos 246 municípios prioritários da região que pactuaram a implantação de Plano de Contingência 98 (39,8%) alcançaram a meta.

O Estado do Maranhão obteve o melhor desempenho da região, com 87% (27) dos municípios prioritários com Plano de Contingência implantados, seguidos do Ceará e Rio Grande do Norte com respectivamente 79,4% (27) e 68,9% (11) dos municípios com Plano de Contingência implantado.

Os estados que mais contribuíram para o baixo desempenho da região foram: Alagoas (0%), Piauí (9,1%) e Sergipe (16,7%).

- Região Centro-Oeste

Não alcançou a meta estabelecida. Obteve o melhor resultado por região. O Estado do Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal alcançaram 100% da meta. Dos 74 municípios prioritários da região que pactuaram a implantação de Plano de Contingência, 56 (75,7%) alcançaram a meta.

Os estados do Goiás e Mato Grosso alcançaram, respectivamente, 83,3%(40) e 44,4% (8) da meta estabelecida.

- Região Sudeste

Não alcançou a meta estabelecida. Os estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo obtiveram resultado acima do pactuado, alcançando respectivamente, 148% e 107,1%. Dos 179 municípios prioritários da região que pactuaram a implantação de Plano de Contingência, 128 (71,5%) alcançaram a meta.

O Estado de Minas Gerais obteve o menor resultado: 42,4% (36) dos municípios prioritários com Plano de Contingência implantado.

- Região Sul

Não alcançou a meta estabelecida. Dos 38 municípios prioritários que pactuaram a implantação de Plano de Contingência 15 (39,5%) alcançaram a meta.

QUADRO 34 – PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA COMBATE À DENGUE COM PLANO DE CONTINGÊNCIA DE ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DENGUE ELABORADO

Unidades Federadas	Nº de Municípios Pactuados	% Meta Pactuada	Municípios Prioritários com Plano de Contingência	Resultado Alcançado
Brasil	620	100	428	69,0
Região Norte	83	100	31	37,3
AC	11	100	1	9,1
AM	13	100	2	15,4
AP	3	100	0	0,0
PA	32	100	10	31,3
RO	10	100	8	80,0
RR	4	100	2	50,0
TO	10	100	8	80,0
Região Nordeste	246	100	98	39,8
MA	31	100	27	87,1
AL	19	100	0	0,0
BA	45	100	16	35,6
CE	34	100	27	79,4
PB	16	100	5	31,3
PE	40	100	7	17,5
PI	33	100	3	9,1
SE	12	100	2	16,7
RN	16	100	11	68,8
Região Centro-Oeste	74	100	56	75,7
DF	1	100	1	100,0
GO	48	100	40	83,3
MT	18	100	8	44,4
MS	7	100	7	100,0
Região Sul	38	-	15	39,5
PR	38	100	15	39,5
RS	0	0	0	0,0
SC	0	0	0	0,0
Região Sudeste	179		128	71,5
ES	14	70	15	107,1
MG	85	100	36	42,4
RJ	25	50	37	148,0
SP	55	100	40	72,7

Fonte: Diag/Dengue

INDICADOR 22: TAXA DE CURA ENTRE OS CASOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Taxa de cura de hanseníase nos anos das coortes.	Casos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (PB 2005 e MB 2004) e curados até 31/12/2007 / Total de casos diagnosticados nos anos das coortes (PB 2005 e MB 2004) X 100.	Sinan	Estados, DF e municípios com percentual de cura < que 45%, incrementar 20 pontos sobre o verificado; estados, DF e municípios com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos; estados, DF e municípios com percentual maior que 55%, incrementar 5 pontos.	PPI VS

O banco de dados, fonte de informação para análise dos indicadores pactuados vem passando por vários problemas operacionais principalmente devido a mudança de versão, fato este, considerado como dificultador para melhor análise epidemiológica. Para o ano de 2007, o PNCH pactuou curar 85% dos casos MB diagnosticado em 2005 e dos casos PB diagnosticados em 2006. Considerando os estados e entendendo os problemas ocorridos no Sinan o PNCH propôs metas diferenciadas para cada estado.

QUADRO 35 – TAXA DE CURA DE HANSENÍASE NOS ANOS DAS COORTES, BRASIL, REGIÕES, ESTADO E DF, ANO DE 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado 2007 ¹
Brasil	85	81,1
Região Norte		80,0
AC	99	97,8
AM	85	78,6
AP	70	52,1
PA	82,08	78,2
RO	90	81,6
RR	80	74,7
TO	80	84,5
Região Nordeste		79,9
MA	78	81,6
AL	71	82,5
BA	80	76,1
CE	90	81,6
PB	78	77
PE	70	81,3
PI	63	77,6
SE	78	87,8
RN	80	64,5
Região Centro-Oeste		77,4
MT	85	79,3
MS	84,42	86,3
GO	65	73,4
DF	76	82,5
Região Sul		87,6
PR	81	88,1
RS	97	83,5
SC	73	89
Região Sudeste		86,3
ES	90	92,2
MG	76	87,3
RJ	75	83,9
SP	80	84,6

Fonte: Sinan/MS

¹ Dados preliminares.

Após análise preliminar do banco de dados do Sinan verificou-se desempenho de 81,1% na proporção de cura nas coortes, resultado inferior ao pactuado. Os estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Bahia, Ceará, Paraíba, Rio Grande do Norte, Mato Grosso e Rio Grande do Sul não alcançaram a meta pactuada. Considerando o parâmetro nacional, que é de 85%, apenas 7 estados conseguiram alcançar a meta nacional (Acre, Sergipe, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina, Espírito Santo e Minas Gerais). Podemos inferir que a baixa proporção de cura pode estar relacionada a: mudança de versão do Sinan, dificuldades de operacionalização do Sinan pelos técnicos, problemas operacionais na alimentação da informação que retarda o conhecimento da saída do caso do registro ativo, dificuldades na realização das ações de vigilância por parte dos estados e municípios e falta de medicamentos em 2007. É possível que a meta até tenha sido alcançada considerando a esfera local, mas a atualização do dado deixa a desejar, além de problemas de atualização do sistema de informação.

Para a implementação das ações relacionadas ao indicador foram realizadas: análises sistemáticas do banco de dados com correções, análise comparativa da base de dados nacional do Sinan com as bases de dados dos estados, realização de reuniões técnicas, supervisões nos estados e realização de oficinas para operacionalizar o Sinan.

As ações para a maior agilidade da atualização do dado envolvem a unidade local e a SMS, mas também o melhor funcionamento do Sinan. Os problemas identificados estão em fase de correção e estima-se um resultado melhor.

Estão sendo elaborados relatórios de saída no Sinan para atender à construção de indicadores pactuados, o que em breve irá facilitar a construção do indicador. Aguarda-se a revisão final desse dado para análise do mesmo juntamente com os percentuais de abandono na coorte e envio de cartas aos estados que não atingiram a meta de 85%.

INDICADOR 23: TAXA DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILÍFERA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Taxa de cura de casos novos de tuberculose bacilífera.	Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte 9º mês / Total de casos novos de tuberculose bacilífera avaliados x 100.	Sinan	<p>Meta – União, estados e municípios com proporção de cura de 85% ou mais de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados na coorte de 2006 (de abril/2005 a março/2006): aumentar ou ao menos manter o valor na coorte de 2007 (de abril/2006 a março/2007);</p> <ul style="list-style-type: none"> – UF com proporção maior ou igual a 80% e menor que 85%, alcançar no mínimo, 85%; – UF com proporção maior ou igual a 75% e menor que 80%, incrementar, no mínimo, 6% no percentual anterior; – UF com proporção maior ou igual a 60% e menor que 75%, incrementar, no mínimo, 10% no percentual anterior; – UF com proporção maior ou igual a 40% e menor que 60%, alcançar no mínimo 65%; – UF com proporção menor que 40%, alcançar no mínimo 60%. 	<p>A coorte de início de tratamento para avaliar o ano de 2007, compreende todos os casos que iniciaram tratamento entre abril de 2006 e março de 2007. Levar em consideração a situação no 9º mês, excluindo as meningites nas formas mistas.</p>

Análise Brasil

Ao final de 2007, havia sido alcançado um percentual de 70% de cura dos casos de Tuberculose bacilífera, o que leva ao alcance de 82,4% da meta estabelecida no Pacto pela Vida.

Análise Regional

- Região Norte

Dos 7 estados da Região Norte 5 não alcançaram as metas pactuadas. Isso deveu-se, principalmente, ao alto índice de registros sem informação, além dos casos que abandonaram o tratamento ou foram transferidos de unidade de saúde. Diversas atividades foram realizadas em 2007, embora não tenha ocorrido nenhum curso de capacitação em sistema de informação, foram realizadas visitas de monitoramento e avaliação.

QUADRO 36 – TAXA DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILÍFERA, REGIÃO NORTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Norte	74,8	69,6
AC	85,0	87,6
AM	77,5	72,1
AP	60,0	34,2
PA	69,3	70,1
RO	75,0	62,9
RR	85,0	64,9
TO	72,4	76,5

Fonte: Sinan

- Região Nordeste

Dos 9 estados da Região Nordeste, 4 não alcançaram as metas. Nos estados da Bahia e Rio Grande do Norte o maior problema foi o alto percentual de casos não encerrados, o que inviabilizou o alcance das metas. Nos demais estados os problemas foram os casos transferidos e os casos que abandonaram o tratamento.

QUADRO 37 – TAXA DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILÍFERA, REGIÃO NORDESTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Nordeste	73,7	68,5
MA	76,3	71,2
AL	79,3	81,0
BA	74,1	60,3
CE	73,0	75,3
PB	65,0	72,4
PE	65,0	68,7
PI	65,0	65,5
SE	80,7	74,6
RN	85,0	67,9

Fonte: Sinan

- Região Centro-Oeste

Dos 4 estados da Região Centro-Oeste, 3 não alcançaram as metas. No Estado de Goiás o principal problema foi o não encerramento dos casos no sistema de informação, nos demais, foram as transferências e os abandonos os maiores responsáveis pelo não alcance das metas.

QUADRO 38 – TAXA DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILÍFERA, REGIÃO CENTRO-OESTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Centro-Oeste	76,2	70,4
DF	81,0	72,9
MT	84,0	76,4
GO	65,0	57,5
MS	75,0	78,1

Fonte: Sinan

- Região Sul

Dos 3 estados da Região Sul, apenas o Rio Grande do Sul não alcançou a meta, devido a um alto percentual de casos que abandonaram o tratamento e o percentual de ignorados.

QUADRO 39 – TAXA DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILÍFERA, REGIÃO SUL

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sul	69,0	67,9
PR	67,0	66,3
RS	75,0	68,8
SC	65,0	67,7

Fonte: Sinan

- Região Sudeste

Dos 4 estados da Região Sudeste, apenas o Espírito Santo e São Paulo não alcançaram a meta devido ao abandono.

QUADRO 40 – TAXA DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILÍFERA, REGIÃO SUDESTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sudeste	74,1	71,5
ES	85,0	81,1
MG	65,0	74,2
RJ	65,0	66,4
SP	81,7	73,7

Fonte: Sinan

INDICADOR 24: INCIDÊNCIA PARASITÁRIA ANUAL DE MALÁRIA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Incidência parasitária anual de malária.	Número de lâminas positivas para malária, no ano / População total residente do ano x 1.000.	Sivep Malária	Meta – Reduzir 10% em 2007, com relação a 2006, Reduzir 40% para AC e 25% para AM.	Para estados e municípios da Amazônia Legal.

A transmissão da malária no Brasil está concentrada na Amazônia Legal, onde se registram 99,8% do total de casos.

A meta de referência nacional estabelecida pelo Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM) foi de reduzir 10% de casos de malária até o final de 2007, em relação a 2006, sendo proposto pelo programa escalonamento da meta de redução de 40% no Estado do Acre, 25% no Estado do Amazonas e 10% para os demais estados da Amazônia Legal.

O indicador de monitoramento do cumprimento da meta pactuada foi a incidência parasitária anual de malária (IPA). Em 2007 registrou-se a incidência de 457.659 casos de malária no Brasil, com um IPA de 18,7, o que representa uma redução de 19,7% no IPA em relação a 2006, portanto a meta nacional de referência do PNCM (redução de 10%) foi plenamente cumprida e superada.

Dos 9 estados que compõe a Amazônia Legal, 5 cumpriram a meta pactuada no Pacto pela Vida, além de cumprirem a meta proposta pelo PNCM, 2 cumpriram somente a meta proposta pelo PNCM, 1 cumpriu apenas a meta pactuada e 1 não cumpriu a meta pactuada nem a meta proposta pelo PNCM.

É importante salientar que em todos estados que não cumpriram a meta pactuada, houve tendência de redução mensal do número de casos de malária no segundo semestre de 2007.

O cumprimento das metas pactuadas e/ou propostas pela área está associado à melhor estruturação do programa nos estados e nos municípios; expansão da rede de diagnóstico e tratamento; mudança do esquema de tratamento para malária por *P. falciparum*. A maior preocupação é com os estados do Amazonas e Mato Grosso. No Amazonas está sendo seguido um plano de prevenção e controle da malária, mas que só foi iniciado em novembro de 2007. Em Mato Grosso, houve uma pequena redução no IPA e, apesar de apresentar menor transmissão de malária, devido a sua receptividade e vulnerabilidade, exige uma vigilância constante e efetiva para que não ocorra uma explosão no número de casos.

QUADRO 41 – METAS PACTUADAS E RESULTADOS ALCANÇADOS, REFERENTES À INCIDÊNCIA DE MALÁRIA NOS ESTADOS DA AMAZÔNIA LEGAL, ANO DE 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Amazônia Legal		-19,7
AC	25	-48
AM	43,05	1,2
AP	36	-30
PA	12,82	-28,1
RO	10	-22,2
RR	31,6	-30,5
TO	0,15	-33,3
MA	1,44	-31,3
MT	3,2	-4,2
Obs: Este indicador não se aplica aos demais estados.		

Fonte: Sivep

INDICADOR 25: PROPORÇÃO DE AMOSTRAS CLÍNICAS COLETADAS PARA DIAGNÓSTICO DO VÍRUS *INFLUENZA* EM RELAÇÃO AO PRECONIZADO

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de amostras clínicas para diagnóstico do vírus <i>influenza</i> em relação ao preconizado.	Soma do número de amostras coletadas para diagnóstico de vírus <i>influenza</i> nas unidades-sentinela da UF/ Soma do número preconizado de amostras para diagnóstico de vírus <i>influenza</i> nas unidades-sentinela da UF x100.	Sivep Gripe	Meta – 80%	semanas epidemiológicas (indicador somente para estados, DF e capitais).

Análise Brasil

A meta para o indicador proposto para a *influenza* é alcançar pelo menos 80% de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico de *influenza* em relação ao preconizado.

No ano 2007, no Brasil, a proporção de amostras clínicas para diagnóstico do vírus *influenza* em relação ao preconizado foi de 32,50%. Essa proporção está aquém do esperado.

Em discussões realizadas por meio de supervisões, ligações telefônicas e *e-mails* com técnicos das unidades federadas, percebeu-se que geralmente não há problemas de infraestrutura nas unidades-sentinela, o que inviabilizaria o alcance da meta. As justificativas apresentadas pelos técnicos dos estados para o não cumprimento da meta, em geral, são os próprios motivos do fraco desempenho observado até o momento, adicionado a problemas de gerenciamento no nível local.

Ressalta-se que considerando o atual cenário epidemiológico nacional e mundial, é fundamental ter o mínimo de informações sobre a circulação dos vírus *influenza* no País. Assim, preconiza-se a coleta de cinco amostras de secreção de nasofaringe por semana por unidade-sentinela e, pelo menos, a coleta de quatro amostras semanais o que representa uma meta de 80%.

Destaca-se que as secretarias estaduais de saúde têm autonomia para trocar unidades-sentinela que estejam com fraco desempenho devido a problemas operacionais.

QUADRO 42 – PROPORÇÃO DE AMOSTRAS CLÍNICAS COLETADAS PARA DIAGNÓSTICO DO VÍRUS INFLUENZA EM RELAÇÃO AO PRECONIZADO

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Norte		
AC	80	71,9
AM	80	48,5
AP	80	0,0
PA	80	15,0
RO	80	56,0
RR	80	22,0
TO	80	21,2
Região Nordeste		
MA	80	0,0
MT	80	0,0
AL	80	0,0
BA	80	27,7
CE	80	11,9
PB	80	32,9
PE	80	66,0
PI	80	6,5
SE	80	9,2
RN	80	20,0
Região Centro-Oeste		
DF	80	25,0
GO	80	39,6
MS	80	51,2
Região Sul		
PR	50	32,7
RS	80	52,6
SC	80	8,2
Região Sudeste		
ES	80	4,6
MG	50	14,0
RJ	80	6,9
SP	80	95,0

Fonte: Sivep/Gripe

INDICADOR 26: PROPORÇÃO DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS INSPECIONADAS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas.	Número de instituições cadastradas de longa permanência para idosos, inspecionadas / Número total de instituições de longa permanência para idosos, cadastradas x 100.	Sinavisa (ou cadastro equivalente)	Meta – Todos os municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	A responsabilidade de execução da meta será definida em pactuação na CIB.

QUADRO 43 – PROPORÇÃO DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS INSPECIONADAS

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil	100	89,3%
Região Norte		
AC	100	100,0%
AM	100	100,0%
AP	100	0,0%
PA	100	40,0%
RO	100	77,8%
RR	100	100,0%
TO	100	100,0%
Região Nordeste		
MA	100	83,3%
AL	100	94,7%
BA	100	63,0%
CE	100	63,1%
PB	100	100,0%
PE	100	100,0%
PI	100	100,0%
SE	100	100,0%
RN	100	100,0%
Região Centro-Oeste		
DF	100	100,0%
MT	100	64,6%
GO	100	76,4%
MS	100	79,2%
Região Sul		
PR	100	100,0%
RS	100	*
SC	100	100,0%
Região Sudeste		
ES	100	82,6%
MG	100	77,5%
RJ	100	100,0%
SP	100	100,0%

Fonte: Sinavisa

INDICADOR 27: TAXA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE PARALISIA FLÁCIDA AGUDA (PFA) EM MENORES DE 15 ANOS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em menores de 15 anos.	Número de casos notificados de PFA em menores de 15 anos de idade residentes/ Total de população menor de 15 anos x 100.000.	Sinan	Meta – Um caso por 100.000 habitantes menores de 15 anos.	

QUADRO 44 – TAXA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE PFA EM MENORES DE 15 ANOS

Unidades Federadas	Meta Pactuada (Nº de casos esperados)	Taxa de notificação (Nº de casos notificados / 100.000 hab. menores de 15 anos)
Brasil	562	1,1
Região Norte	57	1,6
AC	3	2,6
AM	13	0,9
AP	2	1,2
PA	73	0,9
RO	1	6,4
RR	1	3,1
TO	5	0,6
Região Nordeste	172	1,4
MA	23	1,7
AL	1	1,8
BA	45	1,0
CE	1	1,1
PB	0,96	1,6
PE	26	1,1
PI	10	2,5
SE	1	2,1
RN	1	1,0
Região Centro-Oeste	41	1,0
DF	1	1,2
GO	100	1,0
MT	9	1,3
MS	7	0,4
Região Sul	76	1,1
PR	1	1,1
RS	1	0,9
SC	17	1,5
Região Sudeste	216	0,9
ES	10	1,0
MG	55	1,3
RJ	39	0,6
SP	80	0,8

Fonte: Sinan

Em 2007 o Brasil alcançou uma taxa mínima de notificação de **1,1** casos/100.000 habitantes menores de 15 anos. Verificou-se melhora importante desse Indicador na maioria dos estados brasileiros quando comparado ao ano de 2006. Todavia, na Região Sudeste houve redução do indicador em três dos quatro estados (**75%**). Apenas (**25,9%**), sete das 27 Unidades Federadas (UF) do Brasil, não alcançaram a meta mínima pactuada, com base nas recomendações acordadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que é de 1,0 caso/100 mil < de 15 anos de idade.

Em 2007, com a realização de atividades de supervisão e assessoria aos estados prioritários (com indicadores de vigilância insatisfatórios) verificou-se que em boa parte dos estados, principalmente os das regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste, as ações de vigilância estavam ocorrendo de forma centralizada, ou seja, sob a responsabilidade exclusiva do técnico estadual da vigilância epidemiológica das PFA.

Os estados que conseguiram descentralizar as ações de vigilância das PFA e poliomielite, e intensificaram estratégias de divulgação/sensibilização e/ou capacitação de profissionais de saúde da rede de serviços do SUS, obtiveram impacto bastante positivo nos resultados dos indicadores como um todo no ano de 2007. Ressalta-se o apoio do nível nacional, além da participação de técnicos de áreas como: Atenção Básica, imunização, fontes notificadoras, núcleos de epidemiologia hospitalar e profissionais dos Laboratórios de Saúde Pública Estadual (Lacen) e dos laboratórios de referência nacional (Fiocruz/RJ e IEC/PA).

Ações implementadas pelo nível central em 2007 para melhorias na qualidade da vigilância das PFA:

- a) Contratação de três técnicos para atuação exclusiva na vigilância das PFA no âmbito nacional e regional do SUS;
- b) Capacitação teórico-prática em vigilância epidemiológica da PFA para os assessores regionais e estaduais;
- c) Implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação do sistema de vigilância epidemiológica das PFA junto às UF;

- d) Acordos para melhoria do fluxo de envio de amostras e resultados de PFA;
- e) Maior agilidade no envio dos resultados laboratoriais para as vigilâncias estaduais;
- f) Participação do nível nacional em seminários/capacitações em vigilância epidemiológica das PFA e pólio realizados pelos estados.

Análise Regional

O indicador apresentou melhora nos resultados alcançados em quase todos os estados das regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste no ano de 2007 quando comparado ao ano anterior, exceto na Região Sudeste em que a taxa alcançada foi de 0,9 casos por 100.000 habitantes menores de 15 anos de idade.

- Região Norte

Destaca-se a melhora importante nas taxas de notificação alcançadas em três estados (Rondônia, Acre e Roraima), todavia alguns necessitam empreender esforços para melhorar a sensibilidade/qualidade da vigilância por não terem alcançado a meta mínima pactuada. Entre eles temos: Tocantins que apresentou meta de apenas **0,6** casos, o Pará que notificou 25 casos e não alcançou a meta de **2,7** casos/100.000 proposta pelo Estado que corresponde aos **73** casos pactuados. Ressalta-se que a meta nacional proposta (**27** casos), também **não foi** alcançada. Verificou-se que os Estados de Rondônia e Roraima ao invés de pactuarem **número absoluto** de casos esperados, pactuaram o **indicador na forma de taxa**, esclarecendo que esta é a forma correta e de acordo com a ação que está no pacto. A meta alcançada por Rondônia superou em **cinco vezes**, e Roraima em **duas** vezes a meta pactuada, demonstrando melhora na sensibilidade da vigilância.

- Região Nordeste

Entre as regiões brasileiras, a Nordeste vem se destacando por apresentar melhores resultados sugerindo uma maior sensibilidade das vigilâncias. Em 2007, todos os estados dessa região alcançaram e/ou superaram a meta pactuada. Ressalte-se que os Estados de Alagoas, Ceará, Sergipe e Rio Grande do Norte pactuaram o indicador na **forma de taxa**, de acordo com a ação que está no pacto, todavia observou-se

a pactuação de **0,96** casos proposta pela Paraíba. Faz-se esclarecer que a meta mínima esperada quando pactuada na forma de **taxa** é de **1,0** caso/100.000 habitantes < de 15 anos, que corresponde a **11 casos esperados**, e foi alcançada pela Paraíba.

- Região Centro-Oeste

Exceto o Estado do Mato Grosso do Sul que apresentou taxa de notificação insatisfatória (**0,4** casos), os demais estados dessa região atingiram a meta pactuada. O Estado de Goiás notificou **18** casos de PFA, porém **não** alcançou a meta de **5,8 casos/100.000** proposta pelo Estado que corresponde aos **100** casos pactuados. Ressalta-se que, de acordo com a meta nacional pactuada de (**17** casos esperados), Goiás **alcançou** a meta mínima de **1,0** caso/100.000 habitantes < de 15 anos, e melhora do indicador em relação ao ano de 2006.

- Região Sul

Na Região Sul apenas o Estado do Rio Grande do Sul que apresentou taxa de notificação de **0,9** casos/100.000 habitantes < de 15 anos, não alcançou a meta mínima pactuada, necessitando de esforços para melhorar a sensibilidade e qualidade da sua vigilância.

- Região Sudeste

Apenas os estados do Espírito Santo e Minas Gerais alcançaram as metas pactuadas. Com base no Sispacto, todos os estados da Região Sudeste pactuaram o indicador na forma de **número absoluto**, diferente da ação do pacto que está na forma de taxa. Vale esclarecer que São Paulo notificou **85** casos de PFA alcançando a meta pactuada pelo estado de **0,8 casos/100.000** habitantes < de 15 anos. Todavia, ressalta-se que a meta nacional pactuada (**110 casos esperados**), correspondente a taxa mínima de **1,0** caso/100.000 habitantes < de 15 anos **não foi alcançada**. É importante esclarecer que a coordenação estadual de VE_PFA/Pólio de São Paulo informou que havia diferença entre a meta pactuada presente na base estadual do sistema Sispacto e a base nacional referente ao ano de 2007. Conforme demonstrou a tela do sistema, salva e encaminhada ao nível nacional, a meta pactuada para SP foi de **1,0** caso por 100.000 habitantes < de 15 anos que corresponde aos **110** casos esperados pela meta nacional.

INDICADOR 28: PROPORÇÃO DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS INVESTIGADAS ADEQUADAMENTE

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de doenças exantemáticas investigadas adequadamente.	Total de casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados adequadamente até 48 horas após a notificação com as variáveis essenciais preenchidas / Total de casos suspeitos de sarampo e rubéola notificados x 100.	Sinan	80% casos investigados adequadamente	

Análise Brasil

A meta nacional para esse indicador em 2007 correspondeu a 80% e o resultado obtido foi de 69,3%, portanto a meta pactuada não foi alcançada. Ao analisar os resultados dos estados para esse indicador do ano observa-se que apenas 8 (30%) deles atingiram a meta nacional de 80%.

O não alcance da meta do indicador possivelmente está relacionado aos seguintes fatores: mudança do Sistema de Informação (Sinan-*Windows* para Sinan-*Net*) além de dificuldade na realização das ações de vigilância por parte dos estados e municípios.

Para a implementação das ações relacionadas ao indicador foram realizadas: análises sistemáticas do banco de doenças exantemáticas (a cada atualização do banco), reuniões técnicas e supervisões nos estados. O alcance desse indicador é de grande importância, pois consiste em um dos pré-requisitos para certificação da eliminação da transmissão do vírus do sarampo e da rubéola, no País.

Análise Regional

Na Região Norte, 3 estados conseguiram atingir a meta proposta, na Região Nordeste, apenas 2 estados, na Região Sudeste 2 estados, na Região Centro-Oeste nenhum dos estados alcançou a meta estabele-

cida, na Região Sul 2 estados não alcançaram a meta, porém foi a região que mais se aproximou da meta estipulada, em torno de 78%. Por essa razão existe a necessidade de intensificar e fortalecer as ações de vigilância nos estados. O não alcance da meta estipulada põe em risco a eliminação do sarampo e da rubéola, visto que este indicador é uma das referências de qualidade da vigilância epidemiológica dessas doenças.

QUADRO 45 – PROPORÇÃO DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS INVESTIGADAS ADEQUADAMENTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado*
Brasil	80	69,3
Região Norte		72,0
RO	80	53,7
AC	80	92,5
AM	80	62,0
RR	80	96,8
PA	80	49,4
AP	80	62,0
TO	80	88,1
Região Nordeste		68,0
MA	90	66,9
PI	80	82,4
CE	80	67,9
RN	85	40,0
PB	80	68,7
PE	80	68,8
AL	80	54,2
SE	80	92,0
BA	80	69,9
Região Sudeste		69,0
MG	80	81,9
ES	90	88,6
RJ	80	35,5
SP	80	72,0
Região Sul		78,0
PR	80	86,6
SC	80	77,9
RS	80	70,5
Região Centro-Oeste		69,3
MS	80	52,5
MT	80	77,6
GO	80	66,2
DF	80	78,6

Fonte: Sinan

* Dados sujeitos a modificações.

INDICADOR 29: PROPORÇÃO DE CASOS NOTIFICADOS ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO, EXCETO DENGUE CLÁSSICO

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de casos notificados, encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue clássico.	Número de casos notificados encerrados oportunamente, residentes em determinado local e notificados em determinado ano / Número de casos notificados, residentes em determinado local e notificados em determinado ano x 100.	Sinan	Meta - Incremento variando de 2,5 a 15% sobre o percentual verificado em 2005 em cada UF, conforme escala: <ul style="list-style-type: none"> ● $\geq 80\%$ manter meta $\geq 80\%$; ● de 78 a 79,9% incremento de 2,5%; ● de 70 a 77,9% incremento de 5%; ● de 65 a 69,9% incremento de 10%; ● de 52 a 64,9% e para as UF que não atingirem a meta pactuada em 2005 incremento de 15%; ● $< 51,9$ = meta mínima de 60%. 	

Este indicador reflete a proporção de casos notificados de doenças de notificação compulsória no País, conforme estabelecido na Portaria MS/GM nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, cuja investigação foi encerrada dentro do prazo preconizado para cada agravo, de acordo com normas da vigilância estabelecidas. Os resultados são obtidos com dados das bases do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e analisados segundo local de residência dos casos e período.

QUADRO 46 – PROPORÇÃO DE CASOS NOTIFICADOS ENCERRADOS OPORTUNAMENTE

Unidade Federada/Região	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil	70,0	72,5
Região Norte		69,9
AC	80,0	80,6
AM	79,3	61,7
AP	74,0	75,3
PA	60,0	69,4
RO	76,9	63,4
RR	80,0	72,3
TO	80,0	75,6
Região Nordeste		66,9
MA	78,3	65,7
AL	80,0	72,3
BA	60,0	59,3
CE	75,3	73,7
PB	67,3	57,5
PE	80,0	74,0
PI	80,0	63,9
SE	80,0	83,2
RN	70,9	51,9
Região Centro-Oeste		68,0
DF	80,0	76,5
MT	80,0	54,2
GO	80,0	74,8
MS	80,0	68,8
Região Sul		81,3
PR	80,0	84,2
RS	80,0	80,7
SC	80,0	78,5
Região Sudeste		74,3
ES	80,0	80,8
MG	80,0	82,0
RJ	71,9	53,0
SP	80,0	77,0

Fonte: Sinan (dados atualizados em 18/06/2009)

Análise Brasil

A meta nacional para esse indicador foi de 70% conforme o Plano Anual de Trabalho. Com o resultado igual a 72,5% dos casos notificados no Sinan, encerrados oportunamente, a meta estabelecida foi superada.

Apesar dos avanços incorporados à versão NET do Sinan, implantada em janeiro de 2007, inúmeros erros e atrasos na liberação das versões comprometeram o monitoramento e análise dos indicadores pactuados nas diversas esferas. A ferramenta – fluxo de retorno – útil para a retroalimentação das notificações efetuadas fora dos municípios de residência, importante também para o encerramento oportuno de parcela pequena dos casos, não atendeu as expectativas dos usuários e diante dos erros encontrados foi suspensa.

Análise Regional

Entre as regiões do País, as que apresentaram melhores resultados foram a Região Sul (81,3%), seguida da Sudeste (74,3%), refletindo a qualidade da vigilância e superando, inclusive, a meta nacional (70%).

A análise preliminar segundo Unidade Federada evidencia uma grande amplitude dos resultados alcançados, variando de 52% a 84%, indicando a necessidade de se aprimorar não só o sistema de informação, mas principalmente a vigilância epidemiológica, especialmente nos estados com resultados bem abaixo da sua meta.

Apenas 8 estados atingiram a respectiva meta estadual pactuada e 3 estados apresentaram resultados próximos da meta (diferença entre meta e resultado menor ou igual a 2%).

- Região Norte

O resultado médio alcançado pelos estados dessa região, 69,9%, foi igual à meta nacional, ressaltando que 3 estados superaram a respectiva meta pactuada e um apresentou diferença negativa entre resultado alcançado e sua meta menor que 5%.

- Região Nordeste

Analisando o consolidado dessa região o resultado apresentou-se abaixo da meta nacional (66,9%). Apenas 1 estado alcançou a meta pactuada, 1 estado apresentou diferença negativa entre sua meta e resultado alcançado menor que 2% e 3 estados apresentaram resultados abaixo da meta considerada mínima que corresponde a 60%.

- Região Centro-Oeste

O resultado consolidado para os estados dessa região foi de 68,0%. Nenhum estado alcançou a respectiva meta pactuada e um apresentou resultado abaixo da meta mínima de 60%.

- Região Sul

Essa região apresentou o melhor resultado (81,3%), superando inclusive a meta nacional. Destaca-se que o estado que superou a sua meta apresentando o melhor resultado entre todos os estados do Brasil (84,2%) situa-se nessa região.

- Região Sudeste

O resultado consolidado para os estados dessa região foi de 74,3%, com 2 estados com resultados acima das respectivas metas estaduais. No entanto, o resultado alcançado na região poderia ter sido ainda melhor se um dos estados tivesse atingido pelo menos a meta mínima de 60%.

INDICADOR 30: PROPORÇÃO DE CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL (LV) CURADOS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de casos de leishmaniose visceral (LV) curados.	Número de casos de LV curados / Total de casos de LV confirmados no período x 100.	Sinan	<p>Meta - Incremento variando de 2,5 a 15% sobre o percentual verificado em 2005 em cada UF, conforme escala:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● $\geq 80\%$ manter meta $\geq 80\%$; ● de 78 a 79,9% incremento de 2,5%; ● de 70 a 77,9% incremento de 5%; ● de 65 a 69,9% incremento de 10%; ● de 52 a 64,9% e para as UF que não atingiram a meta pactuada em 2005 incremento de 15%; ● $< 51,9 =$ meta mínima de 60%. 	O período considerado para o cálculo do indicador vai de junho de 2006 a julho de 2007.

Análise Brasil

A leishmaniose visceral (LV) era primariamente considerada uma doença de caráter eminentemente rural, porém, os desmatamentos e processos migratórios somados ao crescimento desordenado têm sido apontados como os principais determinantes para a expansão e alteração do perfil epidemiológico desse agravo no Brasil, facilitando a periurbanização e urbanização em municípios de médio e grande porte. A LV em área urbana tem sido um desafio para os gestores de saúde, principalmente pelo número de pessoas expostas ao risco de se infectar, adoecer e morrer, como também pelas dificuldades operacionais em abranger toda a extensão da área de transmissão e, conseqüentemente, o alto custo que as ações de controle acarretam.

Visando melhorar o resultado desse indicador em âmbito nacional foram realizadas várias ações, com destaque para: implementação de análises sistemáticas do banco de dados da LV por parte do Ministério da Saúde e das SES; implantação do protocolo de LV grave, para identificar pacientes com maior probabilidade de evoluir para gravidade

ou que já apresentam sinais de gravidade, orientando medidas terapêuticas mais eficazes; aquisição e distribuição de medicamentos para o tratamento da LV pela esfera federal.

Com relação ao desempenho das Unidades Federadas, apenas 5 estados conseguiram atingir ou superar a meta pactuada no ano de 2007.

Destaca-se o alto percentual de “evolução do caso” preenchido como ignorado no Sinan que foi de 18%, fator que pode influenciar os resultados desse indicador.

Análise Regional

- Região Norte

A Região Norte foi responsável por 23% dos casos. Dos estados, apenas 2 atingiram a meta pactuada ou a superaram. No Estado do Acre não houve notificação de casos no ano de 2007.

QUADRO 47 – PROPORÇÃO DE CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL (LV) CURADOS, REGIÃO NORTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada (%)	Resultado Alcançado (%)
AC	85	Não houve casos notificados
AM	-	50
AP	-	100
PA	73,6	50
RO	-	0
RR	44	0
TO	85	89

Fonte: Sinan

- Região Nordeste

Esta região é a que concentra o maior percentual de casos de LV do Brasil, sendo responsável por 49% no ano de 2007. Nenhum dos estados conseguiu atingir a meta pactuada.

QUADRO 48 – PROPORÇÃO DE CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL (LV) CURADOS, REGIÃO NORDESTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada (%)	Resultado Alcançado (%)
AL	79	39
BA	85	69
CE	85	76
MA	85	57
PB	84	68
PE	85	66
PI	75	61
RN	95	82
SE	82	75

Fonte: SINAN

- Região Centro-Oeste

Nenhuma Unidade Federada dessa região alcançou a meta pactuada. A Região Centro-Oeste é a que possui o maior percentual de casos preenchidos como ignorados no “critério de evolução” (45%), fator que pode ter influenciado os resultados apresentados.

QUADRO 49 – PROPORÇÃO DE CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL (LV) CURADOS, REGIÃO CENTRO-OESTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada (%)	Resultado Alcançado (%)
DF	85	80
GO	81	61
MS	85	49
MT	85	9

Fonte: Sinan

- Região Sul

Ainda não existem registros de casos de LV autóctones na Região Sul, sendo que os casos notificados nesses estados são provenientes de outros locais do País. Os 2 estados que tiveram casos notificados superaram a meta pactuada.

QUADRO 50 – PROPORÇÃO DE CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL (LV) CURADOS, REGIÃO SUL

Unidades Federadas	Meta Pactuada (%)	Resultado Alcançado (%)
PR	85	100
RS	-	Não houve casos notificados
SC	-	100

Fonte: Sinan

- Região Sudeste

Nenhum estado conseguiu atingir a meta pactuada.

QUADRO 51 – PROPORÇÃO DE CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL (LV) CURADOS, REGIÃO SUDESTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada (%)	Resultado Alcançado (%)
ES	85	Não houve casos notificados
MG	79	77
RJ	85	71
SP	85	78

Fonte: Sinan

INDICADOR 31: PROPORÇÃO DE ÓBITOS NÃO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BÁSICAS DEFINIDAS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas.	Número de óbitos não fetais por causas básicas definidas / Total de óbitos não fetais informados ao SIM x 100.	SIM	Meta - - UF com proporção de óbitos com causas definidas segundo os grandes grupos da CID 10 < 75%: aumentar para ≥ 75%; - UF com proporção de óbitos com causas definidas segundo os grandes grupos da CID 10 ≥ 75% e < 80%: aumentar para ≥ 80%; - UF com proporção de óbitos com causas definidas segundo os grandes grupos da CID 10 ≥ 80% e < 90%: aumentar para ≥ 90%; - UF com proporção de óbitos com causas definidas segundo os grandes grupos da CID 10 ≥ 90% e < 95%: aumentar para ≥ 95%; - UF com proporção de óbitos com causas definidas segundo os grandes grupos da CID 10 ≥ 95%: manter ≥ 95%.	

Observada a média das metas pactuadas para os estados e o DF, o Brasil alcançou a meta para o ano de 2007 (Banco SIM de 2006), ocorrendo 7% de aumento entre 2000 e 2006 e 2% de 2005 a 2006. O Norte é a única região com menos de 90% dos óbitos com causas definidas.

O Norte não atingiu a média das metas dos estados da região, ocorrendo discreto aumento (3%) em relação ao ano anterior. Dos estados, 4 atingiram as metas e os demais apresentaram resultados próximos dos programados, mas sem alcançá-los. Entre eles, 3 estados ainda apresentam percentuais de óbitos com causas definidas abaixo de 90%.

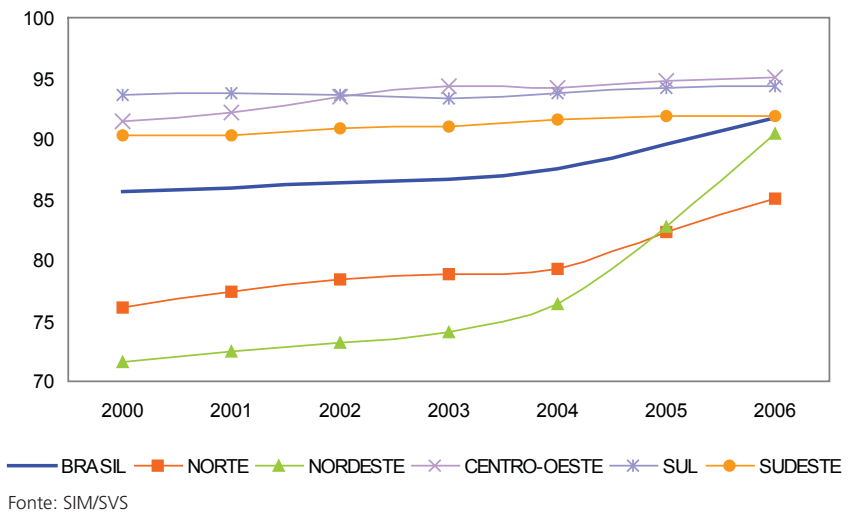
O Nordeste atingiu a média das metas dos estados da região, apresentando aumento de 9% em relação ao ano anterior. Dos estados, apenas 2 não atingiram as metas, apesar de apresentarem resultados próximos dos programados, tendo os demais estados atingido as respectivas metas. Só 1 dos estados da região apresenta percentual de óbitos com causas básicas definidas menor que 90%.

O Centro-Oeste atingiu a média das metas dos estados da região e do DF, apresentando estabilidade da informação em relação ao ano anterior. O DF e mais 2 estados atingiram as metas e em um deles, apesar de apresentar resultado próximo do programado, não houve alcance de meta. No entanto, todos apresentaram estabilidade da informação e percentual de óbitos com causas definidas maior que 90%.

O Sul não atingiu a média das metas dos estados da região, apresentando estabilidade da informação em relação ao ano anterior. Só 2 estados atingiram a meta pactuada. No entanto, todos os estados apresentaram estabilidade da informação e percentual de óbitos com causas definidas maior que 90%.

O Sudeste não atingiu a média das metas dos estados da região, apresentando estabilidade da informação em relação ao ano anterior. Apenas 1 dos estados alcançou a meta pactuada. Os demais estados não atingiram as metas, apresentando estabilidade da informação.

GRÁFICO 1 – EVOLUÇÃO DO PERCENTUAL DE ÓBITOS NÃO FETAIS POR CAUSAS DEFINIDAS, SEGUNDO REGIÃO, BRASIL, 2000 A 2006



QUADRO 52 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS NÃO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BÁSICAS DEFINIDAS

Unidades Federadas	Meta Pactuada (%)	Resultado Alcançado (%)
Brasil	90	92
Região Norte	86	85
AC	90	92
AM	80	79
AP	80	86
PA	80	82
RO	95	93
RR	95	94
TO	80	97
Região Nordeste	88	90
AL	75	90
BA	75	84
CE	90	94
MA	90	90
PB	90	90
PE	90	94
PI	95	93
RN	95	95
SE	92,5	92
Região Centro-Oeste	95	95
DF	95	98
GO	93	93
MS	97,5	98
MT	95	94
Região Sul	95	94
PR	95	95
RS	95	95
SC	95	91
Região Sudeste	94	92
ES	95	97
MG	90	88
RJ	95	91
SP	95	94

Fonte: SIM/SVS

INDICADOR 32: CONCENTRAÇÃO DE MAMOGRAFIAS EM MULHERES DE 40 A 69 ANOS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Concentração de mamografia em mulheres de 40 a 69 anos.	Número de mamografias realizadas em mulheres de 40 a 69 anos num determinado local e período / N° de mulheres de 40 a 69 anos estimadas* em determinado local e período X100.	SIA/IBGE	Meta – 0,6	a) Mulheres de 40–49 anos de idade: toda mulher com exame clínico alterado, ou seja, 16% desta população; b) Mulheres de 50-69 anos de idade: 50% das mulheres obrigatoriamente; c) 6% das que possuem ECM alterado. Parâmetro atualizado para 2007.

Análise Brasil

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) não dispõe da distribuição dos procedimentos por faixa etária, para o ano de 2007, não tendo sido possível analisar esse indicador.

INDICADOR 33: PROPORÇÃO DE PUNÇÃO DE MAMA DOS CASOS NECESSÁRIOS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de punção de mama dos casos necessários.	Número de punções realizadas Número estimados de punções necessárias* X 100.	Sismam Parâmetros do Inca		* conforme definições do Inca .PAAF: a) 40–49: mulheres com mamografia com BI-RADS 4 ou 5 (0,8%); b) 50–69: mulheres com mamografia com BI-RADS 4 ou 5 (2,0%); PAG a) 40–49: mulheres com mamografia com BI-RADS 4 ou 5 (0,96%), b) 50–69: mulheres com mamografia com BI-RADS 4 ou 5 (2,4%). Parâmetro atualizado para 2007.

Como ainda não se dispõe de dados do Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (Sismam) não foi possível analisar este indicador. O sistema, quando implantado, fornecerá informações sobre os resultados dos exames de mamografia e de investigação cito-anatomopatológica dos exames alterados, o que possibilitará identificar os casos que necessitarão de punção.

INDICADOR 34: COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Coeficiente de mortalidade neonatal.	Número de óbito de crianças menores de 28 dias em determinado local e período/ Número de nascidos vivos no mesmo local e período X 1.000.	SIM/Sinasc	Meta – Reduzir em 5% o resultado do período anterior.	Número absoluto de óbitos neonatais para municípios com menos de 80.000 habitantes.

QUADRO 53 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO POR UNIDADE FEDERADA, 2007*

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil		13,8
Região Norte		13,6
AC	9,79	17,0
AM	9,7	10,1
AP	19	18,0
PA	12,17	15,6
RO	11,6	12,7
RR	10,29	10,0
TO	7,74	10,8
Região Nordeste		19,8
MA	9	19,8
AL	17	26,5
BA	13,5	19,5
CE	10	16,3
PB	11,24	22,3
PE	12,42	18,9
PI	12	19,0
SE	14,09	20,9
RN	10,89	20,3
Região Centro-Oeste		11,1
DF	9,17	7,9
GO	9,09	11,7
MS	10	12,3
MT	9,5	12,1
Região Sul		8,7
PR	9	9,0
RS	8,36	8,4
SC	8,5	8,5
Região Sudeste		10,6
ES	10	11,6
MG	5	12,2
RJ	10,84	9,9
SP	8,73	9,9

Fonte: CGIAE/Dasis/SVS/MS

*Dados preliminares. Consulta realizada nos bancos de dados de sistemas de informações em saúde em 11/03/2009. A taxa de mortalidade infantil TMI-MIX é o cálculo da mortalidade infantil utilizando metodologia Ripsa, que combina dados diretos do SIM/Sinasc dos estados com boa qualidade (cobertura e regularidade) com as estimativas dos estados que não atingiram a boa cobertura.

Análise Brasil

A meta proposta para o Brasil no ano de 2007 foi a redução em 5% deste coeficiente com relação ao ano de 2006. No entanto, esse percentual não foi atingido. A análise do período de 2005 a 2007 mostra queda da mortalidade neonatal entre 2005 e 2006 cujos valores foram: 14,2/1000NV, 13,84/1000NV e comparando 2006 com 2007 (13,82/1000NV) praticamente não houve queda.

Com relação à meta pactuada (coeficiente de mortalidade neonatal/1000NV) pelos estados apenas 6 conseguiram atingir (Amapá, Roraima, Distrito Federal, Santa Catarina, Paraná e Rio de Janeiro), entre os quais 4 – Amapá, Roraima, Distrito Federal e Rio de Janeiro – ultrapassam a meta.

No que se refere ao percentual de redução proposto pelo Ministério da Saúde para este indicador (5%) apenas os estados Amazonas, Amapá, Tocantins, Rio de Janeiro, Paraná, Distrito Federal e Roraima apresentaram um resultado de queda igual ou superior a 5%.

Análise por macrorregiões

- No Norte, os estados do Amapá e Roraima atingiram e ultrapassaram a meta pactuada.
- No Nordeste, nenhum estado atingiu a meta pactuada.
- No Centro-Oeste, apenas o DF atingiu e ultrapassou a meta pactuada.
- No Sul, os estados do Paraná e Santa Catarina atingiram a meta pactuada e o Rio Grande do Sul aproximou-se da meta.
- No Sudeste, apenas o estado do Rio de Janeiro atingiu a meta pactuada.

Comentários

É preocupante o percentual de redução da mortalidade neonatal no Brasil. Na Região Nordeste, onde se concentram os maiores índices de mortalidade neonatal, nenhum estado atingiu a meta pactuada. Reconhece-se

que a mortalidade neonatal é o componente da mortalidade infantil mais difícil de ser reduzido, implicando, entre outras, a utilização de tecnologias mais complexas. Mais de 30% das mortes em menores de 1 ano poderiam ser evitadas com uma melhor assistência ao recém-nascido. A maioria das crianças que morrem no período neonatal é de baixo peso (<2.500g), incluindo os RN pré-termo, especialmente os de muito baixo peso (<1.500g). Para reverter essa situação, é necessário um maior investimento na cobertura e qualificação da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, incluindo garantia de vaga nas maternidades para atender o parto, transporte seguro da gestante e/ou recém-nascido quando necessário, ampliação dos leitos de UTI e UCI neonatais, garantia de insumos e capacitação de recursos humanos.

Análise Brasil

A meta pactuada para o ano de 2007 é a redução em 5% do resultado alcançado no ano de 2006. Não é possível avaliar se a meta foi alcançada, haja vista que os dados de mortalidade para 2007 não estão disponíveis.

INDICADOR 35: COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR DOENÇA DIARREICA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Coeficiente de mortalidade infantil por doença diarreica.	Número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por doenças diarreicas em determinado local e período/ Número total de crianças menores de 1 ano de idade no mesmo local e período X 1.000.	SIM/Sinasc	Meta – Reduzir em 50% o resultado do período anterior.	Número absoluto de óbitos em crianças menores de 1 ano de idade por doenças diarreicas para municípios com menos de 80.000 habitantes.

QUADRO 54 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR DOENÇA DIARREICA, META PAC-TUADA E RESULTADO ALCANÇADO POR UNIDADE FEDERADA, 2007*

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil		0,4
Região Norte		0,4
AC	0,7	0,9
AM	0,22	0,3
AP	0,042	0,0
PA	0,3	0,6
RO	0,44	0,3
RR	0,65	0,4
TO	0,28	0,0
Região Nordeste		0,8
MA	13,5	0,5
AL	1,4	2,6
BA	0,25	0,5
CE	0,45	0,7
PB	5	0,7
PE	0,81	1,4
PI	0,35	0,5
SE	0,4	0,9
RN	0,19	0,6
Região Centro-Oeste		0,3
DF	0,18	0,0
GO	0,05	0,0
MS	0,73	0,9
MT	0,21	0,3
Região Sul		0,1
PR	0,1	0,1
RS	0,11	0,1
SC	0,15	0,0
Região Sudeste		0,1
ES	0,18	0,1
MG	30	0,2
RJ	0,14	0,1
SP	0,07	0,1

Fonte: CGIAE/Dasis/SVS/MS

*Dados preliminares. Consulta realizada nos bancos de dados de sistemas de informações em saúde em 11/03/2009. Estes valores foram obtidos a partir do método de cálculo estabelecido no pacto pela saúde 2007: número de óbitos menores de 1 ano por doenças infecciosas intestinais sobre número de crianças menores de 1 ano na população, por 1000. As doenças infecciosas intestinais consideradas na análise incluem os códigos do CID-10: A00 a A09.

Análise Brasil

A meta proposta para o Brasil foi a redução em 50% deste coeficiente com relação ao ano de 2006. Considerando que o resultado do Brasil em 2006 foi de 0,50 e em 2007 (dado preliminar) foi de 0,24 por 1.000 crianças menores de 1 ano, o percentual de redução nesse período foi de 51%.

Dos estados analisados 11 alcançaram a meta pactuada (Amapá, Rondônia, Roraima, Tocantins, Distrito Federal, Goiás, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Espírito Santo e Rio de Janeiro). Para os estados do Maranhão, Paraíba e Minas Gerais não foi possível analisar o cumprimento da meta, pois os valores da meta pactuada diferem substancialmente do pactuado pelos demais estados. No que se refere ao percentual de redução proposto pelo Ministério da Saúde para este indicador (50%) comparando os resultados preliminares de 2007 com os de 2006 todos os estados apresentaram queda, sendo que destes 16 tiveram queda igual ou superior a 50%.

Análise por macrorregião

- Na Região Norte, os estados do Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins atingiram e ultrapassaram a meta pactuada.
- Na Região Nordeste, nenhum estado atingiu a meta pactuada apesar de ser a região que apresentou a maior tendência de queda nesse período.
- Na Região Centro-Oeste, o Distrito Federal e Goiás atingiram e ultrapassaram a meta pactuada.
- Na Região Sul, os estados de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul atingiram a meta pactuada, sendo que os dois últimos ultrapassaram a meta.
- Na Região Sudeste, os estados do Espírito Santo e Rio de Janeiro atingiram e ultrapassaram a meta pactuada.

Comentários

Embora haja uma queda no número de óbitos de crianças por doença diarreica, é necessário continuar investindo na prevenção desses óbitos, pois é inadmissível que continuem morrendo crianças por essa causa. Os óbitos por doenças infecciosas intestinais são decorrentes da desidratação aguda, cuja prevenção e manejo por meio da terapia de reidratação oral (TRO) custo-efetiva é acessível à população. Os gestores e profissionais de saúde devem estar atentos para identificar os surtos de diarreia e manter os estoques de TRO nos almoxarifados e sua distribuição nas unidades de saúde. A prevenção da morbidade, no entanto, requer ações multissetoriais, tais como promoção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida; ampliação do acesso ao saneamento básico, principalmente à água potável; orientações aos agentes comunitários de saúde, entre outros.

INDICADOR 36: COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR PNEUMONIA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Coeficiente de mortalidade infantil por pneumonia.	Número de óbito de crianças menores de 1 ano de idade por pneumonia em determinado local e período/ Número total de crianças menores de 1 ano de idade no mesmo local e período X 1.000.	SIM/Sinasc	Meta – Reduzir em 20% o resultado do período anterior.	Número absoluto de óbitos em crianças menores de 1 ano de idade por pneumonia para municípios com menos de 80.000 habitantes.

QUADRO 55 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR PNEUMONIA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO POR UNIDADE FEDERADA, 2007*

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil		0,8
Região Norte		1,0
AC	1,3	1,1
AM	0,91	0,8
AP	0,048	0,1
PA	0,85	1,4
RO	0,54	0,5
RR	1,12	0,5
TO	1,08	0,9
Região Nordeste		1,2
MA	0,4	0,8
AL	0,88	2,8
BA	0,1	0,9
CE	0,6	1,0
PB	34,8	1,1
PE	1,14	1,4
PI	0,56	0,8
SE	0,64	2,1
RN	0,6	1,5
Região Centro-Oeste		0,7
DF	0,19	0,5
GO	0,22	0,6
MS	0,71	1,1
MT	1,1	0,6
Região Sul		0,4
PR	0,24	0,4
RS	0,27	0,4
SC	0,24	0,2
Região Sudeste		0,6
ES	0,4	0,5
MG	20	0,5
RJ	51,7	0,6
SP	0,42	0,6

Fonte: CGIAE/Dasis/SVAMS

*Dados preliminares. Consulta realizada nos bancos de dados de sistemas de informações em saúde em 11/03/2009. Estes valores foram obtidos a partir do método de cálculo estabelecido no pacto pela saúde 2007: número de óbitos menores de 1 ano por pneumonias sob número de crianças menores de 1 ano na população, por 1.000. As pneumonias consideradas na análise incluem os códigos do CID-10: J12 a J18 e P23.

Análise Brasil

A meta proposta para o Brasil foi a redução em 20% deste coeficiente com relação ao ano de 2006. Considerando que o resultado do Brasil em 2006 foi de 0,71 e em 2007 (dado preliminar) foi de 0,56 por 1.000 crianças menores de 1 ano, o percentual de redução nesse período foi de 21%.

Analisando o período de 2005 a 2007 observa-se que o Brasil apresentou queda na mortalidade por pneumonia em crianças menores de 1 ano. Embora nenhum dos estados da Região Nordeste tenha atingido a meta pactuada, esta foi a região que apresentou maior queda deste indicador no período.

Com relação à meta pactuada (coeficiente de mortalidade infantil por pneumonia por estados, somente 7 estados (Acre, Amazonas, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso e Santa Catarina) atingiram e ultrapassaram a meta pactuada. Para os estados da Paraíba, Minas Gerais e Rio de Janeiro não foi possível analisar o cumprimento da meta, pois os valores da meta pactuada diferem substancialmente do pactuado pelos demais estados. No que se refere ao percentual de redução proposto pelo Ministério da Saúde para este indicador (20%), comparando os resultados preliminares de 2007 com os de 2006, 25 estados apresentaram queda, sendo que destes 18 tiveram queda igual ou superior a 20%.

Análise por macrorregiões

- Na Região Norte, 5 estados atingiram e ultrapassaram a meta pactuada (Acre, Amazonas, Rondônia, Roraima, Tocantins).
- Na Região Nordeste, nenhum estado atingiu a meta pactuada, apesar de ter sido a região com a maior queda na mortalidade de crianças menores de 1 ano por pneumonia.
- Na Região Centro-Oeste apenas Mato Grosso atingiu a meta pactuada.
- Na Região Sul, apenas o Estado de Santa Catarina atingiu e ultrapassou a meta pactuada.
- Na Região Sudeste nenhum estado atingiu a meta pactuada.

Comentários

A pneumonia é uma importante causa de morbimortalidade em crianças menores de 1 ano. Representa a maior causa de internação e a segunda causa de óbito de crianças nessa faixa etária, na maioria dos estados. A mortalidade por pneumonia tem diminuído consideravelmente depois da introdução da vacina contra o sarampo e a coqueluche e, mais recentemente, contra o *haemophilus influenzae B*.

Para que o número de óbitos por pneumonia em menores de 1 ano continue a cair é necessário continuar investindo em boas coberturas vacinais, em estratégias de padronização do controle de casos de pneumonia, na redução do uso inadequado e excessivo de antibióticos e na ampliação da cobertura e qualificação da Estratégia Saúde da Família. Atenção especial deve ser dada ao cuidado da criança com infecção respiratória aguda no domicílio por parte dos seus pais e familiares, que devem ser orientados para os sinais de piora e/ou gravidade e procura imediata do serviço de saúde para o controle, acompanhamento e avaliação adequados de casos. A estratégia de Atenção Integrada à Saúde da Criança (AIDPI) é ainda uma boa opção para o enfrentamento das principais causas das enfermidades prevalentes na infância, incluindo a pneumonia.

INDICADOR 37: RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Razão de mortalidade materna.	Número de óbitos femininos por causas maternas (obstétricas diretas, indiretas e não especificadas – 095) em determinado local e período / Número de nascidos vivos no mesmo local e período x 100.000.	SIM/Sinasc Complementar com informações sobre óbitos provenientes dos setores de vigilância epidemiológica e/ou Comitês de Morte Materna.	Meta – Reduzir em 5% o resultado do período anterior.	Número absoluto de óbitos maternos para municípios com menos de 80.000 habitantes.

A meta pactuada para o ano de 2007 é a redução em 5% do resultado alcançado no ano de 2006. Como estão disponíveis apenas os dados preliminares de 2006, será analisado o alcance da meta de redução entre 2005 e 2006.

Com respeito à mortalidade materna, há que se ter alguns cuidados na interpretação. Aumento na mortalidade materna pode significar que melhorou a pesquisa de óbitos em idade fértil e, portanto, foram identificados casos que, de outra forma, não constariam das estatísticas, isto é, houve melhora na qualidade da informação. Além disso, como o indicador é calculado sobre 100.000 nascimentos vivos, em estados em que estes ocorrem em números baixos, poucos casos a mais de óbitos poderão inflacionar o indicador, a exemplo de Roraima, que teve 5 óbitos maternos em 2005 e 9 em 2006, enquanto o Acre teve 8 óbitos em 2005 e 8 em 2006.

No quadro 56 estão sublinhados os estados que alcançaram a meta de reduzir em 5% ou mais a razão de mortalidade materna. Os dados preliminares de 2006 mostram que apenas na Região Nordeste houve redução da Razão de Mortalidade Materna conforme o esperado, ou seja, que o valor alcançado foi 95% ou ainda menor que o valor do ano anterior. Curiosamente na Paraíba e em Pernambuco, estados em que a investigação de óbitos maternos está melhor estruturada, ocorreu aumento, e não redução, sugerindo que o alcance da meta talvez seja artificial, possivelmente associado à subnotificação de óbitos nos outros estados da região. Sendo esses dados ainda provisórios e, em decorrência, não fidedignos, além das considerações já colocadas, não nos permitem avaliar o cumprimento das metas.

QUADRO 56 – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA

Unidade Federada	2005	Meta 2006 (reduzir 5%)	2006 (em 18/09/2008)	Meta alcançada	Alcançado/ meta
Brasil	53,34	50,68	53,99	-3,31	1,07
Região Norte	57,49	54,61	56,06	-1,45	1,03
RO	53,42	50,75	52,14	-1,40	1,03
AC	45,76	43,47	30,37	13,10	<u>0,70</u>
AM	53,07	50,42	59,47	-9,05	1,18
RR	51,58	49,00	94,80	-45,80	1,93
PA	59,09	56,14	55,90	0,23	1,00
AP	63,36	60,19	61,27	-1,08	1,02
TO	72,06	68,45	49,51	18,95	<u>0,72</u>
Região Nordeste	66,92	63,57	60,92	2,66	0,96
MA	91,35	86,78	83,16	3,63	<u>0,96</u>
PI	98,48	93,55	79,46	14,10	<u>0,85</u>
CE	82,12	78,02	68,10	9,92	<u>0,87</u>
RN	53,51	50,83	24,91	25,92	<u>0,49</u>
PB	26,44	25,12	30,31	-5,19	1,21
PE	45,37	43,10	57,50	-14,40	1,33
AL	52,75	50,11	41,68	8,44	<u>0,83</u>
SE	50,84	48,30	37,83	10,48	<u>0,78</u>
BA	70,98	67,43	66,37	1,05	0,98
Região Sudeste	40,71	38,67	46,95	-8,28	1,21
MG	32,08	30,47	33,07	-2,59	<u>1,09</u>
ES	53,44	50,76	64,08	-13,31	1,26
RJ	63,20	60,04	76,40	-16,36	1,27
SP	35,39	33,62	40,89	-7,27	1,22
Região Sul	55,09	52,33	55,16	-2,83	1,05
PR	66,12	62,81	61,93	0,88	0,99
SC	33,10	31,45	35,66	-4,21	1,13
RS	55,71	52,92	59,42	-6,50	1,12
Região Centro-Oeste	54,47	51,75	56,42	-4,67	1,09
MS	70,01	66,51	83,51	-17,00	1,26
MT	85,86	81,57	66,60	14,97	0,82
GO	36,04	34,24	43,51	-9,27	1,27
DF	41,38	39,31	46,51	-7,20	1,18

Fontes: SIM e Sinasc/SVS/MS

INDICADOR 38: PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS QUE NÃO REALIZAM O PAGAMENTO POR MEIO DO CÓDIGO 7

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de municípios que não realizam o pagamento por meio do código 7.	Número de municípios que não executam o pagamento de profissionais médicos por meio do código 7 / Total de municípios X 100.	SIH	100%	

Considerando que a alimentação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) só é obrigatória para os municípios que são habilitados na gestão plena do sistema, apenas as cidades que assumiram a gestão sobre as internações poderiam realizar ou não o pagamento do código 7. É possível identificar os que realizaram este pagamento, mas não há como obter o denominador deste indicador, que é o número de municípios que assumiram a gestão da internação e com isso a obrigatoriedade de alimentar o SIH.

Por estas razões, não há possibilidade de análise deste indicador.

Indicadores Complementares

INDICADOR 39: PROPORÇÃO DE AMOSTRAS INSATISFATÓRIAS DE EXAMES CITO-PATOLÓGICOS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos.	Número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cervico-vaginais em determinado local e período / Número total de exames citopatológicos realizados no mesmo local e período x 100.	Siscam	Referência – 5%	

Análise Brasil

A meta nacional pactuada de 5% foi superada. Em 2007 o País manteve seu percentual de amostra insatisfatória bem abaixo dos 5% pactuados (1,14%), como observado em toda a série histórica, desde 2000. Este é um dado importante, pois demonstra a qualidade da coleta e do processamento das lâminas. Entretanto este percentual ainda representa uma média de 110.000 exames que precisam ser repetidos, gerando um desgaste para a mulher que precisa colher novo exame.

Quanto aos resultados, em quase todos os estados o percentual ficou abaixo da meta pactuada, demonstrando um investimento nas ações de capacitação para a coleta dos exames.

Mesmo com a implantação da nomenclatura brasileira para laudos cervicais no segundo semestre de 2006, o índice de amostra insatisfatória manteve-se estável em 2007. Assim os esforços devem se concentrar em qualificar essa informação, ou seja, identificar áreas em que os índices estejam maiores (municípios e microrregiões) e identificar as causas, para definir as estratégias de correção.

Análise Regional

- Região Norte

Apesar dessa região manter os maiores índices do País, todos os estados apresentaram resultados abaixo do limite máximo pactuado, superando as metas.

Nessa região os laboratórios se concentram nas capitais, o que pode interferir na qualidade do material enviado. É importante analisar os motivos que levam à classificação da amostra como insatisfatória para direcionar as intervenções (capacitação, transporte, fixação da lâmina, etc.). Vale destacar que os estados do Acre e Amapá apresentaram índices superiores aos alcançados em 2006, 3,66% e 3,88% respectivamente. O Estado do Tocantins não pactuou este indicador.

QUADRO 57 – PROPORÇÃO DE AMOSTRAS INSATISFATÓRIAS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS, REGIÃO NORTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
AC	5	4,49
AM	3,54	3,52
AP	20	4,26
PA	2,8	1,01
RO	5	1,63
RR	0,4	0,19
TO	-	0,73

Fonte: Siscolo

- Região Nordeste

Todos os estados atingiram sua meta. Os estados do Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco tiveram um pequeno aumento em relação ao ano anterior. Destes, Pernambuco é o que apresenta o maior índice da região. Vale ressaltar que, de todos os exames insatisfatórios do País, aproximadamente 47% está concentrado nesta região (53.893 exames insatisfatórios). Os demais estados não pactuaram este indicador.

QUADRO 58 – PROPORÇÃO DE AMOSTRAS INSATISFATÓRIAS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS, REGIÃO NORDESTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
MA	3,5	2,23
AL	-	2,63
BA	5	2,29
CE	-	0,47
PB	-	1,55
PE	3,85	3,86
PI	0,2	0,56
SE	-	0,48
RN	5	2,24

Fonte: Síscolo

- Região Centro-Oeste

Apenas o Estado do Mato Grosso apresentou percentual acima de 2%, mas inferior ao alcançado em 2006 (2,89%).

QUADRO 59 – PROPORÇÃO DE AMOSTRAS INSATISFATÓRIAS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS, REGIÃO CENTRO-OESTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
DF	1	0,60
MT	5	2,06
GO	-	0,98
MS	5	1,48

Fonte: Síscolo

- Regiões Sul e Sudeste

As duas regiões concentram aproximadamente 60% de todos os exames realizados no País e o percentual de amostras insatisfatórias, em todas as UF, está abaixo de 1%. Nessas regiões faz-se necessário qualificar essa informação, para diminuir o número de repetição de exames por resultado insatisfatório, que representou, em 2007, 41.536 exames.

QUADRO 60 – PROPORÇÃO DE AMOSTRAS INSATISFATÓRIAS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS, REGIÕES SUL E SUDESTE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sul		
PR	5	0,30
RS	-	0,64
SC	5	0,51
Região Sudeste		
ES	5	0,73
MG	-	0,67
RJ	0,3	0,31
SP	1	0,92

Fonte: Siscolo

INDICADOR 40: PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO AO NASCER

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.	Número de nascidos vivos* com peso menor que 2.500 gr em determinado local e período/ Número de nascidos vivos no mesmo local e período X 100.	Sinasc	Referência – 8%	* Deve-se utilizar a informação de nascidos vivos por procedência da mãe (município de residência) e não por local de ocorrência do nascimento.

Análise Brasil

A meta pactuada para a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer para o ano de 2007 foi de 8%. Esta meta não foi atingida, ultrapassando em 0,3% o percentual estabelecido. Os maiores índices de baixo peso encontram-se nas regiões Sudeste e Sul, possivelmente pelo fato de haver melhor registro nestas regiões. O aumento do índice de cesarianas pode ter contribuído para a não redução das taxas de baixo peso. Tal redução também depende da qualidade da assistência pré-natal. É possível que não tenha havido progressos na qualidade do pré-natal no ano de 2007.

Análise Regional

Somente 3 Unidades Federadas atingiram a meta, sendo 2 estados da Região Nordeste e 1 do Centro-Oeste. Na Região Norte, o Estado do Pará é o que mais se aproxima da meta pactuada, ultrapassando em 0,4.

QUADRO 61 – PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO AO NASCER. BRASIL E REGIÕES

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil	8	8,30%
Região Norte		7,00%
AC	7	7,30%
AM	6,08	7,20%
AP	6	8,40%
PA	6,5	6,90%
RO	6	7,20%
RR	-	6,90%
TO	-	6,50%
Região Nordeste		7,50%
MA	6	7,00%
AL	-	7,40%
BA	8,1	8,10%
CE	7,9	7,40%
PB	6	6,80%
PE	7	7,60%
PI	6	7,00%
SE	-	7,30%
RN	7	7,70%
Região Centro-Oeste		7,70%
DF	8,8	8,80%
MT	6	6,90%
GO	7	7,70%
MS	7,3	7,40%
Região Sul		8,70%
PR	8	8,60%
RS	8,3	9,30%
SC	7,5	8,00%
Região Sudeste		9,20%
ES	5,85	7,80%
MG	-	9,60%
RJ	8	9,5%
SP	8,5	9,10%

Fonte: Sinasc

(-) meta não pactuada

INDICADOR 41: TAXA DE INTERNAÇÕES POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Taxa de internações por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade.	Número de internações por IRA* em crianças residentes menores de 5 anos de idade em determinado local e período / Total de crianças menores de 5 anos de idade, no mesmo local e período x 1.000.	SIH/IBGE	Referência – 26,5/1.000	*Os códigos de procedimentos do SIH/SUS para determinar a causa de internação por IRA são: 71300066, 76300188, 76300021, 76300056, 76300064, 76300072, 76300080, 76300110, 76400077, 76400085 42003024 e 42008069. OBS: Devem-se considerar as internações por procedência da criança (município de residência) e não de ocorrência da internação.

Análise Brasil

A meta pactuada para o Brasil no ano de 2007 é de 26,5 por 1.000 crianças na faixa etária até 5 anos de idade. Não houve redução no indicador, que permaneceu estável no Brasil. Nenhuma Unidade Federada atingiu a meta pactuada. Não há parâmetros para avaliar os possíveis fatores que influenciaram esses resultados.

Uma melhoria neste indicador seria possível com uma melhor assistência na Atenção Básica e aumento nas taxas de aleitamento materno exclusivo. Não houve diminuição da cobertura da vacina tetravalente, que foi de 98% no ano de 2007 para o Brasil.

Os resultados são semelhantes nas diversas regiões, não havendo diferenças quanto ao alcance das metas pactuadas.

QUADRO 62 – TAXA DE INTERNAÇÕES POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil	26,5	26,6
Região Norte		30,8
AC	26,05	27,5
AM	18	24,1
AP	17	23,1
PA	30,5	37,1
RO	18	25,6
RR		17,3
TO		37,1
Região Nordeste		26,4
MA	20,5	23,2
AL		32,3
BA	25	28,6
CE	14	24,8
PB		30,8
PE	20	25,7
PI	27	30,4
SE		20,0
RN	18	19,1
Região Centro-Oeste		32,9
DF	24,5	23,3
MT		34,5
GO	26	29,8
MS	37	40,5
Região Sul		31,2
PR	26,5	32,9
RS	32	33,0
SC	20	24,9
Região Sudeste		22,7
ES	15	24,2
MG		23,5
RJ	15	23,9
SP	20	21,8

Fonte: SIH-SUS
 (-) meta não pactuada

INDICADOR 42: TAXA DE INTERNAÇÕES POR DOENÇA DIARREICA AGUDA EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Taxa de internações por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade.	Número de internações por DDA* em crianças menores de 5 anos de idade residentes em determinado local e período / Total de crianças menores de 5 anos de idade, no mesmo local e período x 1.000.	SIH/IBGE	Referência – 17/1.000	*Os códigos de procedimentos do SIH/SUS para determinar a causa de internação por doença diarreica aguda são: 72300019, 74300270, 74300288, 75300192 e 76400271. Obs: Devem-se considerar as internações por procedência da criança (município de residência) e não de ocorrência da internação.

Análise Brasil

Embora a maioria das Unidades Federadas não tenha alcançado a meta pactuada, houve uma importante redução da taxa de internação por doenças diarreicas no País, em aproximadamente 25% em relação ao valor de referência nacional no ano de 2007 que foi de 17/1.000.

Para se obter maior redução nesse indicador recomenda-se o fortalecimento das ações de promoção e prevenção desenvolvidas na Atenção Básica, em especial, o incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses e complementado até 2 anos ou mais; investimento para melhores condições sanitárias e acesso à água potável.

Em relação à meta pactuada, na Região Norte o Acre é o estado que apresenta o melhor desempenho e na Nordeste é o Rio Grande do Norte. Existe uma grande desigualdade regional nos resultados deste indicador, sendo os da Região Norte quase quatro vezes maior quando comparados com os da Região Sudeste.

QUADRO 63 – TAXA DE INTERNAÇÕES POR DOENÇA DIARREICA AGUDA EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE. BRASIL E REGIÕES

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil	17	12,8
Região Norte		22,8
AC	17	15,3
AM	8	10,2
AP	6	7,7
PA	33,9	33,4
RO	14	21,9
RR		7
TO		19,2
Região Nordeste		18,6
MA	15	22,1
AL		25,1
BA		18,9
CE	11	16,7
PB		22,6
PE	11	14,4
PI	15	26,6
SE		8,5
RN	12	12,2
Região Centro-Oeste		15,1
DF	8	5,5
MT		15,7
GO	12	17,1
MS	20	17,5
Região Sul		9,7
PR	14,8	11,4
RS		9,3
SC	5	7,1
Região Sudeste		6
ES	10	9,4
MG		8
RJ	4	6,7
SP		4,5

Fonte: SIH-SUS

INDICADOR 43: COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL TARDIA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Coeficiente de mortalidade neonatal tardia.	Número de óbitos de crianças com idade entre 7 e 27 dias em determinado local e período / Número de nascidos vivos no mesmo local e período x 1.000.	SIM/Sinasc		Número absoluto de óbitos neonatais tardios para municípios com menos de 80.000 habitantes.

QUADRO 64 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL TARDIA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO POR UNIDADE FEDERADA, 2007*

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado*
Brasil	-	3,3
Região Norte		3,0
AC	2	3,2
AM	3	2,4
AP	4	4,3
PA	2,46	3,3
RO	2	2,9
RR	-	2,6
TO	-	2,5
Região Nordeste		4,1
MA	6	3,8
AL	-	7,1
BA	-	3,6
CE	-	4,0
PB	-	5,2
PE	3	3,8
PI	2	3,6
SE	-	4,6
RN	2	3,9
Região Centro-Oeste		2,9
DF	2,5	2,2
GO	2,3	3,1
MS	3	3,2
MT	2,5	3,0
Região Sul		2,2
PR	2,4	2,2
RS	-	2,4
SC	1,8	2,0
Região Sudeste		2,9
ES	2,5	3,0
MG	-	3,0
RJ	-	2,4
SP	1,24	3,0

Fonte: CGIAE/Dasis/SVS/MS

*Dados preliminares. Consulta realizada nos bancos de dados de sistemas de informações em saúde em 11/03/2009. A taxa de mortalidade infantil TMI acima é o cálculo da mortalidade infantil utilizando metodologia Ripsa, que combina dados diretos do SIM/Sinasc dos estados com boa qualidade (cobertura e regularidade) com as estimativas dos estados que não atingiram a boa cobertura, conhecida como TMI-MIX.

Análise Brasil

Para o Brasil não houve proposta de meta para este indicador. A análise do coeficiente de mortalidade neonatal tardia, no período de 2005 a 2007, mostra que ocorreu uma pequena queda de 2005 a 2006 (de 3,3/1.000NV para 3,1/1.000NV). Porém, no período de 2006 a 2007 se manteve estacionário (3,1/1.000NV).

Embora seja um indicador complementar, foi pactuado por 17 estados – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Mato Grosso, Maranhão, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina, Espírito Santo e São Paulo – dos quais apenas 4 atingiram a meta (Amazonas, Maranhão, Distrito Federal e Paraná).

Análise por macrorregiões

- Na Região Norte, 5 estados fizeram a pactuação (Acre, Amazonas, Amapá, Pará e Rondônia) e apenas o Amazonas atingiu e ultrapassou a meta.
- Na Região Nordeste, 4 estados pactuaram esta meta (Maranhão, Piauí, Pernambuco e Rio Grande do Norte), porém somente o Maranhão atingiu a meta.
- Na Região Centro-Oeste, todos os 3 estados pactuaram esta meta, mas apenas o Distrito Federal alcançou e ultrapassou.
- Na Região Sudeste, os estados de São Paulo e Espírito Santo pactuaram a meta, porém nenhum alcançou.
- Na Região Sul, os estados de Santa Catarina e Paraná pactuaram a meta, mas apenas o Paraná atingiu e ultrapassou.

Comentários

É preocupante a pequena tendência de queda da mortalidade neonatal tardia, inclusive com estagnação no período de 2006 a 2007. Grande parte dos casos de óbitos que ocorrem no período neonatal

tardio (entre 7 e 27 dias de vida) é constituída por bebês graves que conseguiram sobreviver no período neonatal precoce graças aos cuidados intensivos especializados. Para reverter essa situação, é necessário maiores investimentos na assistência ao recém-nascido, pois os cuidados às crianças que sobrevivem o período neonatal precoce envolvem tecnologias mais complexas, incluindo a necessidade de UTI neonatal, de profissionais de saúde capacitados, de equipamentos e insumos, e de prevenção e tratamento de complicações como infecções e hemorragias.

INDICADOR 44: PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de partos cesáreos.	Número de nascidos vivos de partos cesáreos de mães residentes em determinado local e período / Número total de nascidos vivos de partos hospitalares no mesmo local e período X 100.	Sinasc	Referência – 25%	* Para unidades hospitalares de alto risco, o parâmetro é menor ou igual a 40%. Para unidades de risco habitual, o parâmetro é menor ou igual a 25%.

Análise Brasil

A meta nacional para o ano de 2007 foi de 25%, proposta pela Portaria MS nº 466, de 2000, no contexto do Pacto Nacional pela redução das taxas de cesárea. Por ser indicador complementar, alguns estados deixaram de pactuá-la.

O indicador adota como fonte o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). No entanto, o dado mais recente disponível é de 2005, os dados de 2006 e 2007 ainda são provisórios e, em decorrência disso, não é possível a análise até o momento da elaboração deste material.

QUADRO 65 – PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS. BRASIL E REGIÕES

Unidades Federadas	Meta Pactuada
Região Norte	
AC	32
AM	25
AP	24
PA	33,5
RO	43,8
RR	
TO	
Região Nordeste	
MA	22
AL	
BA	28
CE	
PB	32,1
PE	
PI	29,4
SE	
RN	29,4
Região Centro-Oeste	
DF	45
MT	41,2
GO	40,3
MS	48
Região Sul	
PR	41,7
RS	
SC	43,9
Região Sudeste	
ES	
MG	
RJ	40
SP	46,2

Fonte: Sinasc

INDICADOR 45: TAXA DE INTERNAÇÕES POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC)

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC).	Número de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)* na população com 40 anos e mais em determinado local e período/População com 40 anos e mais no mesmo local e período x 10.000.	SIH/IBGE		*Os códigos de procedimentos do SIH/SUS para determinar a causa de internação por ICC são: 77300050, 77300149, 77500113 e 77500164.

Para esse indicador o Ministério da Saúde não definiu meta nacional. O resultado em 2007 foi de 60,5 por 10.000 habitantes.

Com relação a esse indicador, não foi realizada análise específica para cada estado nem por região, considerando-se que os elementos que podem contribuir para o alcance ou não da meta são diversos e ainda pela dificuldade de se estabelecer relação direta com os resultados alcançados no período de um ano. Esses elementos, na Atenção Básica, estão relacionados a acesso e utilização dos serviços de saúde, capacidade instalada de Unidades Básicas de Saúde, implantação de Equipes Saúde da Família, diagnóstico precoce, disponibilidade de exames laboratoriais para diagnóstico e monitoramento de prevenção secundária, disponibilidade de medicamentos, educação em saúde para o autocuidado, mecanismos de adesão ao tratamento, etc. Em outros níveis de complexidade está relacionado com aumento da capacidade instalada de leitos hospitalares e unidades de terapia intensiva, sistema de regulação que facilite o acesso a esses leitos quando necessário, transporte público efetivo, unidades e serviços de urgência e emergência eficazes com acesso a leitos hospitalares, além de sistemas de informação confiáveis.

QUADRO 66 – TAXA DE INTERNAÇÕES POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Norte		54,6
AC	50	48,0
AM	40	45,3
AP	26,29	29,0
PA	60,5	57,1
RO	58,7	61,9
RR	-	41,5
TO	-	68,8
Região Nordeste		55,6
AL	-	60,6
BA	-	68,7
CE	53,4	53,6
MA	46	40,3
PB	-	79,8
PE	-	43,1
PI	74	66,5
RN	34	34,7
SE	-	30,1
Região Centro-Oeste		78,9
DF	55	45,7
GO	108	90,6
MS	72	66,2
MT	-	92,8
Região Sul		79,2
PR	99	92,9
RS*		
SC	87	75,9
Região Sudeste		55,0
ES	50,7	49,3
MG	-	79,7
RJ	-	56,3
SP	-	43,6

Fonte: SIH-SUS

*Pactuou para população de 20 a 59 anos

INDICADOR 46: PROPORÇÃO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados.	Número de portadores de hipertensão arterial cadastrados* no HiperDia / Número de portadores de hipertensão arterial estimados** x 100.	SIS HiperDia/ DATASUS / IBGE	Meta – 100%	* Número de hipertensos cadastrados no Sis-HiperDia (Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e <i>Diabetes Mellitus</i>). ** Número de hipertensos estimados no município corresponde a 35% da população (IBGE) com mais de 40 anos, usado como parâmetro pela Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao <i>Diabetes Mellitus</i> .

A meta nacional pactuada foi de 100% e o resultado alcançado foi de 27,3%, o que significa que a meta não foi alcançada.

Com relação a esse indicador, não foi realizada análise específica para cada estado nem por região considerando-se que os elementos que podem contribuir para o alcance ou não da meta são diversos e ainda pela dificuldade de estabelecer relação direta com os resultados alcançados no período de um ano. Esses elementos, na Atenção Básica, estão relacionados a acesso e utilização dos serviços de saúde, capacidade instalada de unidades básicas de saúde, implantação de Equipes Saúde da Família, diagnóstico precoce, disponibilidade de exames laboratoriais para diagnóstico e monitoramento de prevenção secundária, disponibilidade de medicamentos, educação em saúde para o autocuidado, mecanismos de adesão ao tratamento, etc. Em outros níveis de complexidade está relacionado com aumento da capacidade instalada de leitos hospitalares e unidades de terapia intensiva, sistema de regulação que facilite o acesso a esses leitos quando necessário, transporte público efetivo, unidades e serviços de urgência e emergência eficazes com acesso a leitos hospitalares, além de sistemas de informação confiáveis.

QUADRO 67 – PROPORÇÃO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO POR UNIDADE FEDERADA, BRASIL, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Norte		25,9
AC	70	46,5
AM	20,26	17,0
AP	10	15,9
PA	100	18,5
RO	32,7	47,7
RR	21,19	36,6
TO	-	47,8
Região Nordeste		29,9
AL		23,4
BA	21	32,1
CE	-	22,8
MA	23	30,7
PB	-	44,8
PE	18,82	21,0
PI	100	45,8
RN	33,19	32,1
SE	-	34,9
Região Centro-Oeste		30,7
DF	11,24	12,0
GO		25,7
MS	30	32,2
MT	42,58	56,1
Região Sul		32,0
PR	39,1	41,1
RS	25	21,6
SC	38,75	38,8
Região Sudeste		23,9
ES	50	49,4
MG	43	38,4
RJ	11,15	13,3
SP	-	19,7

Fonte: Sis – HiperDia
 (-) Meta não pactuada

INDICADOR 47: PROPORÇÃO DE PORTADORES DE *DIABETES MELLITUS* CADASTRADOS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de portadores de <i>diabetes mellitus</i> cadastrados.	Número de portadores de <i>diabetes mellitus</i> cadastrados* no HiperDia / Número de portadores de <i>diabetes mellitus</i> estimados** x 100.	SIS HiperDia / DATASUS / IBGE	Meta – 100%	* Número de portadores de <i>diabetes mellitus</i> cadastrados no Sis-HiperDia (Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e <i>Diabetes Mellitus</i>). ** Número de portadores de <i>diabetes mellitus</i> estimados no município corresponde a 11% da população (IBGE) com mais de 40 anos, usado como parâmetro pela Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao <i>Diabetes Mellitus</i> .

A meta nacional pactuada foi de 100% e o resultado obtido de 30,1%, portanto a meta não foi alcançada.

Com relação a esse indicador, não foi realizada análise específica para cada estado, nem por região, considerando-se que os elementos que podem contribuir para o alcance ou não da meta são diversos e pela dificuldade de se estabelecer relação direta com os resultados alcançados no período de um ano. Esses elementos, na Atenção Básica, estão relacionados a acesso e utilização dos serviços de saúde, capacidade instalada de unidades básicas de saúde, implantação de Equipes Saúde da Família, diagnóstico precoce, disponibilidade de exames laboratoriais para diagnóstico e monitoramento de prevenção secundária, disponibilidade de medicamentos, educação em saúde para o autocuidado, mecanismos de adesão ao tratamento, etc. Em outros níveis de complexidade está relacionado com aumento da capacidade instalada de leitos hospitalares e unidades de terapia intensiva, sistema de regulação que facilite o acesso a esses leitos quando necessário, transporte público efetivo, unidades e serviços de urgência e emergência eficazes com acesso a leitos hospitalares, além de sistemas de informação confiáveis.

QUADRO 68 – PROPORÇÃO DE PORTADORES DE *DIABETES MELLITUS* CADASTRADOS, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, BRASIL, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Norte		30,1
AC	70	37,7
AM	30,68	24,2
AP	10	24,1
PA	100	25,7
RO	27,6	45,7
RR	-	44,3
TO	-	41,5
Região Nordeste		30,0
AL		26,6
BA	18	30,3
CE		20,1
MA	20	32,9
PB		47,2
PE	18,83	24,1
PI	100	33,6
RN	29,09	36,9
SE		41,9
Região Centro-Oeste		32,8
DF	18	29,9
GO	-	25,7
MS	25	31,9
MT	32,92	51,7
Região Sul		31,6
PR	28,4	37,9
RS	25	23,0
SC	30	39,2
Região Sudeste		29,3
ES	40	46,6
MG	27	37,8
RJ	10,5	16,4
SP		29,6

Fonte: Sis – HiperDia
 (-) Meta não pactuada

INDICADOR 48: COBERTURA DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Cobertura da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada.	Média anual de pessoas participantes na Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada* realizada em determinado local e período / População total no mesmo local e período X 100.	SIA/IBGE	Meta – 5%	* Código do SIA/SUS: 03.011.02-0 (Portaria MS nº 95, de 14 de fevereiro de 2006).

Análise Brasil

A meta nacional pactuada foi de 5%, e o resultado alcançado foi 2,8%, portanto a meta não foi alcançada.

A Escovação Dental Supervisionada é uma ação educativa com estímulo ao autocuidado e os insumos são de baixo custo. No entanto, os resultados apresentados, de modo geral, ainda são muito baixos no Brasil. Infere-se que os elementos que tenham influenciado o não alcance de metas estejam relacionados à ausência de alimentação de dados no sistema de informação, à dificuldade na prática da ação de escovação dental por decorrência da falta de insumos de higiene dental, além do pouco compromisso com a meta pactuada.

O alcance da meta possivelmente deve-se à priorização da prática da Escovação Dental Supervisionada por parte dos profissionais das UBS e gestores. A Estratégia Saúde da Família tem potencial para obter melhores resultados com a inserção das Equipes de Saúde Bucal e por ser um modelo que prioriza a prática da prevenção e promoção da saúde.

Análise Regional

- Região Norte

Dos 7 estados, 5 pactuaram esse indicador complementar e apenas 1 alcançou a meta pactuada.

QUADRO 69 – COBERTURA DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, REGIÃO NORTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Norte		0,9
AC	5	3,3
AM	1	1,3
AP	3	0,4
PA	5	0,5
RO	3	0,4
RR	-	0,2
TO	-	2,1

Fonte: SIA/SUS

(-) Meta não pactuada

- Região Nordeste

Dos 9 estados, 6 pactuaram esse indicador complementar e apenas 1 alcançou a meta pactuada.

QUADRO 70 – COBERTURA DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO NORDESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Nordeste		1,74
AL	-	2,1
BA	3	1,3
CE	5	4,9
MA	3	0,6
PB	3	0,9
PE	-	0,9
PI	5	0,9
RN	3	0,9
SE	-	2,8

Fonte: SIA/SUS

(-) Meta não pactuada

- Região Centro-Oeste

Dos 4 estados, 3 pactuaram esse indicador complementar alcançando a meta pactuada.

QUADRO 71 – COBERTURA DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO CENTRO-OESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Centro-Oeste		1,82
DF	0,3	0,11
GO	3,5	4,4
MS	3	0,7
MT	-	3,0

Fonte: SIA/SUS

(-) Meta não pactuada

- Região Sudeste

Dos 4 estados, 3 pactuaram esse indicador complementar, dos quais apenas 1 alcançou a meta pactuada.

QUADRO 72 – COBERTURA DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, REGIÃO SUDESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sudeste		3,0
ES	7,4	0,1
MG	-	1,6
RJ	3	3,0
SP	3	2,7

Fonte: SIA/SUS

(-) Meta não pactuada

- Região Sul

Dos 3 estados, 2 pactuaram esse indicador complementar, dos quais apenas 1 alcançou a meta pactuada.

QUADRO 73 – COBERTURA DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO SUL, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sul		2,79
PR	3	3,12
RS	-	2,62
SC	7	2,52

Fonte: SIA/SUS

(-) Meta não pactuada

INDICADOR 49: MÉDIA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS BÁSICOS INDIVIDUAIS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais.	Número de procedimentos odontológicos básicos individuais* em determinado local e período / População total no mesmo local e período.	SIA/IBGE	Meta – 2,5	* Códigos do SIA/SUS: procedimentos odontológicos básicos que compõem o Grupo 03, à exceção dos códigos 03.011.02-0, 03.011.03-8, 03.011.04-6, 03.011.05-4, 01.023.01-2, 01.023.03-9, 04.011.02-3, 04.011.03-1 (Ações Coletivas criados pela Portaria MS/SAS Número 95, de 14 de fevereiro de 2006) e 03.021.01-7 (Primeira Consulta Odontológica Programática), mais os procedimentos do Grupo 10 que a partir da Noas/01 passaram a compor o elenco de procedimentos odontológicos básicos individuais (10.041.01-0 - necropulpectomia de dente decíduo/permanente; 10.051.15-5 - glossorrafia e 10.051.36-8 - ulectomia).

Análise Brasil

A meta nacional pactuada foi de 2,5%, e o resultado alcançado foi 0,6%, portanto a meta não foi alcançada.

Destaca-se que o método de cálculo desse indicador utiliza no numerador o número de procedimentos odontológicos individuais básicos realizados e no denominador, a população atendida. O que significa dizer que os resultados dependem: da capacidade instalada da rede de serviços de Atenção Básica com saúde bucal, do fornecimento de insumos odontológicos, da existência de profissionais que realizem os procedimentos específicos a esse indicador e do acesso da população a esses serviços.

Com relação aos resultados obtidos pelas Unidades Federadas, observou-se que apenas 3 alcançaram a meta pactuada e que, de modo geral, os resultados são baixos. Estes podem ser decorrentes da ausência de um ou mais fatores referidos e ainda da dificuldade na alimentação no Sistema de Informação Ambulatorial.

Análise Regional

- Região Norte

Dos 7 estados, 5 pactuaram meta dos quais apenas 2 a alcançaram.

QUADRO 74 – MÉDIA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS BÁSICOS INDIVIDUAIS, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO NORTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Norte		0,5
AC	0,6	0,6
AM	0,5	0,5
AP	0,5	0,1
PA	2,5	0,6
RO	1	0,3
RR	-	0,5
TO	-	0,7

Fonte: SIA/SUS

(-) Meta não pactuada

- Região Nordeste

Dos 9 estados, 5 pactuaram meta dos quais nenhum alcançou a própria meta pactuada em 2007.

QUADRO 75 – MÉDIA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS BÁSICOS INDIVIDUAIS, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO NORDESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Nordeste		
AL	-	0,6
BA	0,8	0,5
CE	-	0,6
MA	1	0,6
PB	-	0,7
PE	1	0,5
PI	2,5	0,6
RN	1,5	0,7
SE	-	0,9

Fonte: SIA/SUS

(-) Meta não pactuada

- Região Centro-Oeste

Dos 4 estados, 3 pactuaram meta dos quais nenhum alcançou a própria meta pactuada em 2007.

QUADRO 76 – MÉDIA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS BÁSICOS INDIVIDUAIS, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO CENTRO-OESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Centro-Oeste		0,6
DF	0,5	0,3
GO	1,5	0,6
MS	1	0,8
MT	-	0,7

Fonte: SIA/SUS

(-) Meta não pactuada

- Região Sudeste

Dos 4 estados, 2 pactuaram meta e nenhum a alcançou.

QUADRO 77 – MÉDIA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS BÁSICOS INDIVIDUAIS, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO SUDESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sudeste		0,6
ES	1,03	0,9
MG	-	0,7
RJ	2,5	0,5
SP	-	0,5

Fonte: SIA/SUS

(-) Meta não pactuada

- Região Sul

Dos 3 estados 2 pactuaram meta e 1 alcançou a própria meta pactuada.

QUADRO 78 – MÉDIA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS BÁSICOS INDIVIDUAIS, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO SUL, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sul		0,7
PR	1	1,0
RS	-	0,4
SC	0,8	0,7

Fonte: SIA/SUS

(-) Meta não pactuada

INDICADOR 50: MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Média mensal de visitas domiciliares por família.	Número de visitas domiciliares de profissionais de nível superior, médio e ACS em determinado local e período/Número total de famílias no município x Número de meses, no mesmo local e período.	SIS/IBGE	Meta – 1 visita por mês	

Análise Brasil

A meta nacional pactuada foi de uma visita mensal por família, e o resultado alcançado foi 0,49, o que significa que a meta não foi alcançada.

Apesar de ser um indicador complementar, 20 estados pactuaram-no em 2007 dos quais 7 alcançaram a meta. Dentre os fatores que podem ter contribuído para o alcance da meta destacam-se: cobertura da Estratégia Saúde da Família; discussão sobre esta estratégia à luz da Política Nacional de Atenção Básica com gestores municipais; realização de treinamento introdutório para as equipes; esforço das SES para estimular/fomentar a qualificação do trabalho das equipes; mobilização da SES para incentivar a adesão e implantação do Projeto de Avaliação para a Melhoria da Qualidade na SF (AMQ), por parte dos municípios; priorização da visita domiciliar e registro de forma sistemática no Sistema de Informação Ambulatorial.

Quanto ao não alcance das metas, infere-se que alguns elementos possam ter contribuído, tais como: dificuldade de registrar a visita domiciliar em dois sistemas diferentes, o SIA e o SIAB; incoerência entre cobertura populacional e o número médio de visitas domiciliares realizadas; não cumprimento da jornada de trabalho por parte de alguns profissionais das equipes de SF; dificuldade de acesso dos profissionais à população devido à situação geográfica e baixas coberturas da Saúde da Família.

Vale ressaltar que na base de cálculo desse indicador relacionam-se as visitas domiciliares realizadas com o número estimado de fa-

mílias existentes em todo território da Unidade Federada, independente da cobertura de serviços de Atenção Básica.

Análise Regional

- Região Norte

Em 2007, 6 estados pactuaram, e 4 alcançaram a meta. Entre os fatores que possam ter contribuído para o alcance da meta estão: cobertura da Estratégia Saúde da Família, discussão sobre a estratégia à luz da PNAB com envolvimento dos gestores municipais e realização de treinamento introdutório para as equipes. Com relação ao não alcance de metas, destacam-se questões ligadas aos processos de trabalho das equipes; não cumprimento da jornada de trabalho; dificuldade de registrar a visita domiciliar em dois sistemas diferentes, o SIA e o SIAB; dificuldade de acesso dos profissionais à população devido à situação geográfica e baixas coberturas da Estratégia Saúde da Família.

QUADRO 79 – MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO NORTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Norte		0,68
AC	0,6	0,6
AM	1	0,59
AP	0,5	0,49
PA	1	0,66
RO	0,5	0,56
RR	1	1,44
TO	-	1,02

Fonte: SIA/SUS

(-) Meta não pactuada

- Região Nordeste

Dos 9, 6 estados pactuaram meta em 2007, mas apenas 2 estados alcançaram. Faltam elementos para associar os resultados que justifiquem o alcance de meta. Com relação ao não alcance, destacam-se questões ligadas à redução no número de equipes da Estratégia Saúde

da Família e de agentes comunitários de saúde; aos processos de trabalho das equipes como a não priorização da atividade visita domiciliar e ao não cumprimento da jornada de trabalho.

QUADRO 80 – MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO NORDESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Nordeste		0,73
AL	-	1,06
BA	0,9	0,66
CE	1	0,63
MA	0,8	0,85
PB	-	0,7
PE	0,77	0,76
PI	1	0,78
RN	1	0,51
SE	-	0,95

Fonte: SIA/SUS

(-) Meta não pactuada

- Região Centro-Oeste

Esse indicador foi pactuado por 4 estados, no entanto, apenas 1 alcançou a meta pactuada. Dos fatores que podem ter influenciado o alcance da meta destacam-se a priorização dessa atividade por parte das equipes e registro da visita domiciliar de forma adequada no Sistema de Informação Ambulatorial. Com relação aos fatores que contribuíram para o não alcance da meta destacam-se: redução do número de agentes comunitários de saúde acarretando diminuição na realização das visitas domiciliares e não expansão das Equipes de Saúde da Família.

QUADRO 81 – MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO CENTRO-OESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Centro-Oeste		0,47
DF	0,15	0,06
GO	0,8	0,53
MS	0,65	0,56
MT	0,5	0,6

Fonte: SIA/SUS e IBGE

- Região Sudeste

Apenas 1 estado pactuou meta para esse indicador, tendo obtido resultado igual à própria meta. Com relação aos fatores que podem ter contribuído para o alcance da meta destacam-se: cobertura populacional de Equipes Saúde da Família; esforço realizado pelo estado para a qualificação do trabalho das equipes; mobilização da SES para incentivar a adesão e implantação do projeto de AMQ por grande parte dos municípios.

QUADRO 82 – MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO SUDESTE, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sudeste		0,4
ES	0,62	0,6
MG	-	0,6
RJ	-	0,2
SP	-	0,3

Fonte: SIA/SUS e IBGE

(-) Meta não pactuada

- Região Sul

Apesar dos 3 estados terem pactuado, nenhum alcançou a própria meta. Os elementos que contribuíram para o não alcance da meta podem estar relacionados às diferentes situações no que diz respeito à implantação das Equipes Saúde da Família em cada estado.

QUADRO 83 – MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA, META PACTUADA E RESULTADO ALCANÇADO, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÃO SUL, 2007

Unidades Federadas	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Região Sul		0,34
PR	0,44	0,42
RS	0,2	0,19
SC	0,6	0,49

Fonte: SIA/SUS e IBGE

Análise das Prioridades Pactuadas em 2007

PRIORIDADE: SAÚDE DO IDOSO

Objetivo – Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Análise Brasil

A meta para a Caderneta não foi explicitada nos termos do Pacto pela Vida. No Programa Mais Saúde, a meta de distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi atingir o quantitativo de 18 milhões de exemplares disponibilizados em todo o território nacional até o ano de 2011.

Ao final de 2007, haviam sido disponibilizados 5 milhões de exemplares, o que leva ao alcance de 27,7% da meta estabelecida no Mais Saúde.

Indicador: Número de exemplares de caderneta disponibilizados no ano de 2007.

Quadro Regional

REGIÃO	Nº EXEMPLARES DISPONIBILIZADOS
Centro-Oeste	286.894
Sudeste	1.640.240
Sul	761.848
Norte	233.288
Nordeste	2.003.706
TOTAL	4.925.976

Objetivo – Disponibilizar Manual de Atenção Básica e Saúde para a pessoa idosa.

Análise Brasil

No ano de 2007 foram distribuídos 34.633 exemplares do Caderno de Atenção Básica nº 19: “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”.

Objetivo – Apoiar estados e municípios na reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde.

Análise Brasil

No final de 2006 o Ministério da Saúde firmou convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública e a Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz para elaboração de um curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, na modalidade ensino a distância, por meio do Programa de Educação Permanente na Área da Atenção à Saúde do Idoso.

O objetivo principal é o capacitar 500 profissionais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de nível superior que atuam na rede básica de assistência à saúde das regiões Norte e Nordeste, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família. O foco da capacitação foi a operacionalização de atividades que visam à prevenção de perdas, à manutenção e recuperação da capacidade funcional da população idosa e controle dos fatores que interferem no estado de saúde desta população.

Objetivo – Apoiar estados e municípios para qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à assistência farmacêutica.

Não houve ações específicas no ano de 2007.

Objetivo – Apoiar estados e municípios na instituição da atenção domiciliar ao idoso.

A Secretaria de Assistência à Saúde está preparando regulamentação para o Programa de Internação Domiciliar. Não houve ações específicas no ano de 2007.

PRIORIDADE: SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – ESTABELECIDO PELO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

Objetivo – Implantar 52 núcleos de reabilitação para o atendimento da pessoa com deficiência.

Análise Brasil

Meta alcançada. Considerando os convênios com estados e municípios a meta de 52 núcleos foi ultrapassada, isso significa um maior fortalecimento e organização na implantação das Redes Estaduais de Serviços de Reabilitação, resultando no aumento da cobertura assistencial na saúde da pessoa com deficiência.

Objetivo – Capacitar 620 pessoas das ESF e ACS para o atendimento às pessoas com deficiência e na prevenção de deficiências.

Análise Brasil

Meta não alcançada. Foi realizado convênio com os estados para capacitação dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família, capacitação ainda em andamento.

Objetivo – Realizar um encontro nacional de gestores da saúde, da educação e da assistência social para 120 pessoas.

Análise Brasil

Meta alcançada. Foram realizados três encontros macrorregionais e um encontro nacional, com participação de representantes das coordenações estaduais da pessoa com deficiência, Atenção Básica, representantes da assistência social e da educação, para discussão da intersetorialidade nas ações de saúde.

Objetivo – Instituir a Política de Reabilitação Visual com publicação de portaria.

Análise Brasil

Meta não alcançada. A proposta elaborada pela Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência está sendo discutida com o Departamento

mento de Atenção Especializada (DAE), por estabelecer interface com a Política Nacional de Oftalmologia e com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (Drac).

Objetivo – Implantar leitos de reabilitação em hospitais gerais e de reabilitação.

Análise Brasil

Meta não alcançada. A proposta encontra-se em discussão entre as áreas técnicas: Saúde da Pessoa com Deficiência e o Programa Nacional de Controle da Hanseníase.

Foram realizadas discussões com o Programa Nacional de Controle da Hanseníase para implantação de leitos nos antigos hospitais-colônias, sendo uma das estratégias necessárias para garantir o atendimento das pessoas atingidas pela hanseníase na rede de reabilitação física, bem como de outras patologias.

Observações: Como são metas federais, não há indicadores e análise regional.

PRIORIDADE: SAÚDE MENTAL – ESTABELECIDADA PELO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

Objetivo – Apoiar estados e municípios nas ações de saúde mental, incluindo as ações curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação.

Análise Brasil

Meta superada. Houve uma importante adesão dos gestores ao novo modelo de atenção em saúde mental, com a priorização dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). A meta superada indica que houve uma significativa expansão e o detalhamento dos dados mostra que houve uma interiorização desses serviços no País, com aumento da cobertura assistencial não hospitalar em saúde mental.

Indicador: Credenciar 1.000 Centros de Atenção Psicossocial (Caps).
Em 2007 o número de Caps credenciados atingiu 1.153 unidades.
Objetivo – Habilitar 600 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

Análise Brasil

A expansão de SRT tem sido um dos principais desafios do processo da Reforma Psiquiátrica. O incentivo financeiro antecipado de implantação, no valor de R\$ 10 mil para compra de mobiliários e realização de pequenas reformas, tem sido decisivo para a facilitação da implantação de SRT. Porém, essa meta não foi atingida por diversos fatores: 1) complexidade clínica desta clientela longamente internada; 2) ausência de documentação dos pacientes para recebimento de benefícios; 3) dificuldades encontradas pelos municípios para garantir o custeio das residências terapêuticas. A contrapartida federal estabelecida pela Portaria MS nº 1.220, de 2000, de R\$ 713,00 por mês por paciente, não está assegurada já que os recursos das AIHs não passam diretamente para o custeio dos SRT, ficando no teto do município. Considera-se que somente por meio de um mecanismo de pactuação específico pode-se garantir a aplicação permanente destes recursos no custeio de SRT.

Indicador: Número de SRTs habilitados.

Em 2007 o número de SRTs habilitados atingiu 487.

Objetivo – Implantar 50 Serviços Hospitalares de Referência em Álcool e Drogas (SHRad).

Análise Brasil

Em 2007, foram implantados 4 novos SHRad. Há dificuldades na expansão desses serviços em função de vários fatores: dificuldade de adesão dos gestores e das equipes dos hospitais gerais para atenderem a clientela de álcool e drogas, dificuldades de cadastramento dos serviços e restrições orçamentárias do Ministério da Saúde para habilitar os serviços já implantados e em funcionamento.

Indicador: Número de SHR ad implantados.

Ao final de 2007 havia 14 SHR ad em funcionamento.

Objetivo – Reduzir 2.600 leitos em hospitais psiquiátricos.

Análise Brasil

Em 2007, teve prosseguimento o processo de reestruturação do perfil dos hospitais psiquiátricos, com a redução de leitos nos macro-hospitais e a ampliação relativa dos leitos em hospitais de pequeno porte. A redução de leitos está condicionada à existência de recursos assistenciais substitutivos em cada território.

Indicador: Redução de leitos em hospitais psiquiátricos.

Ao final do ano de 2007 foi reduzido para 1.579 o número de leitos.

Objetivo – Implantar 420 iniciativas de inclusão social pelo trabalho.

Análise Brasil

Em 2007, tivemos dificuldades na expansão das ações da Política Nacional de Inclusão Social pelo Trabalho. Para o avanço dessa política é necessário ampliar as articulações com outros setores. Além disso, as iniciativas apresentam dificuldades no processo de implantação e na sustentabilidade dos empreendimentos, mesmo com a existência do incentivo financeiro pontual nos valores de R\$ 5 mil, R\$ 10 mil e R\$ 15 mil, estabelecidos pela Portaria MS nº 1.169, de 2005. A maioria dos gestores não tem priorizado essa política em seus municípios.

Indicador: Número de iniciativas de inclusão social implantadas.

Foram implantadas em 2007 283 iniciativas de geração de trabalho e renda.

Objetivo – Beneficiar 3 mil pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos por meio do Programa de Volta para Casa

Análise Brasil

A meta foi em grande parte alcançada. Em 2007, foi realizado o I Seminário Nacional do Programa de Volta para Casa tendo como um

dos objetivos a indução do cadastramento de novos beneficiários no programa. A adesão de novos beneficiários ao PVC é um processo complexo de reinserção social que envolve gestores, profissionais, usuários e familiares da rede de saúde mental. O programa tem importância estratégica no processo de desinstitucionalização dos pacientes longamente internados em hospitais psiquiátricos.

Indicador: Número de beneficiários cadastrados.

Em 2007, foram 2.868 beneficiários.

Objetivo – Implantar 30 projetos de redução de danos vinculados aos Caps ad.

Meta atingida. A abordagem inovadora de redução de danos auxilia na atenção integral à pessoa usuária de álcool e/ou outras drogas.

Indicador: Número de projetos de redução de danos vinculados à Caps ad implantados.

A meta foi superada e o número chegou a 35 projetos no final de 2007.

PRIORIDADE: REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA

Redução de óbitos em menores de um 1 no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi).

A meta nacional de redução de 5% de óbitos em crianças indígenas menores de 1 ano foi alcançada, segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi). A grande variabilidade dos resultados é em parte explicada pelas pequenas populações indígenas e o reflexo na organização de serviços.

No Estado da Paraíba, o aumento de 400% é explicado em parte pela melhoria da coleta de dados que na linha de base de 2006 era de 2 óbitos e que, no ano de 2007, houve captação de 10 óbitos. Mesma situação para os estados de Pernambuco, Tocantins, Paraná e Roraima.

Como a estruturação do subsistema é feita por meio dos distritos sanitários especiais indígenas (Dsei), nos anos em análise há dificuldade de subdivisão por estado dos dados. O Dsei do Sul e Sudeste representa os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Rio de Janeiro, por isso é apresentado como Dsei.

Em Minas Gerais, uma das explicações para a grande redução de 21 para 6 óbitos é a subnotificação deste evento no sistema. Em 2007, houve reorganização do sistema de informações, culminando em setembro de 2008. O Dsei Minas Gerais atualizou 100% de suas aldeias, com frequência média de 25 dias entre cada atualização, melhorando o processo de alimentação do sistema.

No Estado do Amazonas, o Dsei Vale do Javari foi o que apresentou maior aumento do número de óbitos, de 8 para 19, e o Alto Solimões de 12 para 24, explicado pela melhora na captação de dados e o Dsei Médio Solimões apresentou a maior redução, de 23 para 4 óbitos, sendo relacionado à necessidade de melhoria na captação, para este ano. Os demais Dsei apresentaram variações próximas, mostrando maior consistência.

No Estado do Acre, o Dsei Alto Juruá também mostrou uma redução de 30 óbitos, quantitativo alto relacionado à pequena população.

No Estado do Pará, todos os Dsei experimentaram redução compatível com a população, sendo que o Dsei Rio Tapajós apresentou uma redução maior com possibilidade de aumento de subnotificação no sistema.

Os Dsei do Estado do Mato Grosso apresentaram reduções proporcionais, mostrando consistência nos dados.

Os demais distritos apresentaram variações compatíveis e proporcionais com a população indígena existente.

Além da redução na mortalidade em menores de 1 ano, uma resposta positiva da inserção deste indicador no pacto foi o estabelecimento de um maior contato entre a Funasa e o Ministério da Saúde, considerando que este indicador é de pactuação federal.

Considerações Finais

Esta primeira avaliação do Pacto pela Saúde demonstra o esforço do Ministério da Saúde (MS) por meio do Grupo de Trabalho de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, em articular as diversas áreas do MS em torno do objetivo de fortalecer a cultura de monitoramento e avaliação das políticas de saúde.

O desenvolvimento de um processo de avaliação, de forma articulada, como apresentado neste Relatório foi possível a partir da unificação dos processos de pactuação dos indicadores conforme previsto no Pacto pela Saúde.

Essa experiência permitiu identificar fragilidades e sinalizar propostas de enfrentamento e superação das mesmas no sentido de melhorar o processo de definição de prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Vida nos próximos anos.

Das fragilidades encontradas, destacam-se:

- Processos de monitoramento e avaliação incipientes ou mesmo ausentes em algumas áreas técnicas do Ministério da Saúde;
- Definição de metas, muitas vezes incompatíveis com a realidade epidemiológica dos estados;
- Alguns indicadores mostraram-se pouco sensíveis ao monitoramento das responsabilidades estabelecidas no Pacto pela Saúde;
- Indisponibilidade de dados que gerou dificuldade na análise de alguns indicadores.

Identificadas tais fragilidades, sugere-se:

- Qualificar os indicadores do Pacto pela Saúde;
- Fortalecer a cultura de monitoramento e avaliação no SUS;
- Revisar os indicadores que não podem ser avaliados anualmente por problemas de disponibilização de dados em tempo oportuno além daqueles que apresentem dificuldades para serem calculados;
- Propor metas mais coerentes com a realidade epidemiológica dos estados;
- Definir indicadores mais sensíveis ao monitoramento e avaliação do pacto;
- Investir na qualidade das informações em saúde de forma permanente;
- Promover debates acerca dos sistemas de informações em saúde e do desenvolvimento de sistemas integrados no âmbito do Ministério da Saúde;
- Integrar a pactuação unificada de indicadores a processos e/ou instrumentos de planejamento;
- Utilizar os resultados de avaliações do Pacto pela Vida na etapa de planejamento das atividades das áreas técnicas;
- Cooperar tecnicamente com estados e municípios e incentivá-los a fim de elaborarem relatórios de avaliação dos respectivos indicadores e das ações desenvolvidas para o alcance das metas.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 91, de 10 de janeiro de 2007. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 abr. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jun. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, de 12 de julho de 2007. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 2007.
- _____. Ministério da Saúde. *Roteiro para avaliação da qualidade da base de dados do SINAN WINDOWS e para cálculo de indicadores epidemiológicos: PFA/Poliomielite*. Brasília, 2003. [Digitado].
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 6. ed. Brasília, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- FOCCACIA, R.; DIAMENT A.; DIAMENT, D. Poliomielite. In: VERONESI, R. *Tratado de Infectologia*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. v. 1, p. 331-338.
- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE. *Poliovirus Weekly Update*. [2009]. Disponível em: <<http://www.polioeradication.org/casecount.asp>>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Erradicación de la poliomieltis: guía práctica*. Washington, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Publicación Científica y Técnica, n. 607).

Anexo – Portaria nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007

Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições previstas no inciso II, do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando que as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, estabelecem uma nova orientação para o processo de gestão do SUS;

Considerando que a portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006, em seu artigo 2º, parágrafo 1º, institui a unificação total dos processos de pactuação de indicadores para o ano de 2007;

Considerando a necessidade de estabelecer os fluxos e rotinas do processo unificado de pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde;

Considerando que a pactuação é base para negociação de metas a serem alcançadas por municípios, estados e Distrito Federal, com vistas à melhoria do desempenho do serviço e situação de saúde da população;

Resolve:

Art. 1º - Instituir um único processo de pactuação, unificando o Pacto da Atenção Básica, o pacto de indicadores da Programação

Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde - PPIVS e os indicadores propostos no Pacto pela Saúde.

Parágrafo único - Permanece na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde – PPIVS, que passa a ser denominada de Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde, a programação das ações necessárias ao desenvolvimento da Vigilância em Saúde nos municípios, estados e Distrito Federal.

Art. 2º - Instituir o Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde para pactuação unificada, constantes no Anexo I desta Portaria, os quais devem ser pactuados anualmente entre municípios, estados, Distrito Federal e Ministério da Saúde.

§ 1º. As metas ou parâmetros nacionais dos indicadores do Pacto pela Saúde servem de referência para a definição das metas municipais, estaduais e do Distrito Federal, observada as metas ou parâmetros estabelecidas para cada Unidade da Federação.

§ 2º. Os indicadores do Pacto pela Saúde estão organizados em dois grupos, 38 principais e 12 complementares, incluindo os previstos nas prioridades do Pacto pela Vida, conforme descrito no Anexo I. Os indicadores complementares são de pactuação opcional por municípios, estados e Distrito Federal.

§ 3º. Os indicadores da pactuação unificada constituem objeto de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde. Os indicadores complementares, quando não pactuados pelo município, estado e Distrito Federal, serão monitorados pelo gestor federal, tendo como fonte os bancos de dados dos sistemas de informação em saúde - base nacional.

§ 4º. Os indicadores de que trata este artigo devem ser calculados e analisados conforme as orientações no instrutivo, disponível no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sispacto.

§ 5º - Fica facultada ao município, estado, Distrito Federal a possibilidade de eleger outros indicadores de importância sanitária loco-regional, devendo estes ser colocados nos espaços opcionais da planilha de metas do aplicativo Sispecto.

Art. 3º O Ministério da Saúde, mediante consenso em grupo de trabalho tripartite, estabelecerá anualmente, para cada Unidade Federada, metas dos indicadores do Pacto pela Saúde, a serem enviadas às Secretarias Estaduais de Saúde até 30 de novembro do ano anterior ao da pactuação. Excepcionalmente para a pactuação de 2007, esse prazo será 15 de janeiro de 2007.

§ 1º. As Secretarias Estaduais de Saúde devem manifestar-se formalmente sobre as metas propostas, até 30 de janeiro de cada ano, concordando ou propondo alterações, neste caso, acompanhadas de justificativas técnicas que serão objeto de análise e manifestação formal do Ministério da Saúde até 15 de fevereiro de cada ano. Excepcionalmente para a pactuação de 2007, estes prazos serão, respectivamente, 15 de fevereiro de 2007 e 28 de fevereiro de 2007.

§ 2º. Caso as Unidades Federadas não se manifestem até a data prevista no parágrafo anterior, considerar-se-á definida a proposta de metas estaduais, para os efeitos legais e de acompanhamento.

§ 3º. Após a definição das metas estaduais, a Secretaria Estadual de Saúde deve preencher e validar a planilha no aplicativo Sispecto, liberando-o para preenchimento das metas pelos municípios.

§ 4º. As Secretarias Estaduais de Saúde, tendo suas metas estaduais definidas, devem promover a pactuação das metas municipais dos indicadores do Pacto pela Saúde pelas Secretarias Municipais de Saúde.

§ 5º. Cabe aos estados facultar aos municípios o acesso a locais com internet para preenchimento do Sispecto.

Art. 4º - Ficam estabelecidas as orientações, fluxos e prazos para pactuação unificada das metas dos indicadores do Pacto pela Saúde pelos municípios:

§ 1º. Cabe ao município propor as metas a serem alcançadas, referentes aos indicadores do Pacto pela Saúde.

§ 2º. Para efetuar a pactuação, os municípios devem acessar o aplicativo Sispecto, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sispecto, preencher e validar a planilha.

§ 3º. Após validar e assinar planilha de pactuação, a Secretaria Estadual de Saúde deve analisá-la e enviá-la à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação.

Art. 5º - As metas pactuadas pelos Municípios, Estados, Distrito Federal e União deverão passar por aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 6º - A Secretaria Estadual de Saúde deve pactuar as metas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhar à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) as metas estaduais para homologação, até 30 de março de cada ano.

Parágrafo Único: O Distrito Federal encaminhará suas metas para Comissão Intergestores Tripartite para homologação.

Art. 7º - O Relatório dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação, citado no Artigo 2º, passa a ser anexo obrigatório dos Termos de Compromisso de Gestão dos Municípios, Estados, Distrito Federal e União, devendo obedecer aos fluxos estabelecidos na Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006.

Art. 8º - Esta Portaria altera as cláusulas terceiras e quarta dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e da União da Portaria GM/MS n.º 699 de 30 de março de 2006.

§ 1º. O conteúdo das cláusulas referidas acima passa a compor o Relatório de Indicadores conforme redação do Anexo I.

§ 2º. Os indicadores contidos no anexo I desta portaria devem ser pactuados no Termos de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais.

Art. 9º - Esta portaria revoga a Portaria nº493 /GM de 10 de março de 2006.

Art. 10º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA



|

||

|

|

||

|