SÉRIE
PACTOS
PELA SAÚDE
2006
VOLUME 14

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Pactuação Unificada de Indicadores

Avaliação 2008

Editora MS

Brasília – DF
2010

ERRATA

Ministério da Saúde
Série Pactos pela Saúde 2006 – Volume 14
Pactuação Unificada de Indicadores: avaliação 2008

Na página 13, 4º parágrafo, onde se lê:
"No ano de publicação do Pacto (2006) o Estado do Tocantins e mais 63 municípios (1% do total de municípios do país) aderiram ao Pacto, *inclusive com a publicação de portaria ministerial*. Para 2007 foram 14 estados (51,8%) e 1.764 municípios (31,7%). Já em 2008, dez estados (37%) e 963 municípios (17,3%) tiveram *publicadas* as respectivas adesões ao Pacto."

Leia-se:
"No ano de publicação do Pacto (2006) o Estado do Tocantins e mais 63 municípios (1% do total de municípios do país) aderiram ao Pacto. Para 2007 foram 14 estados (51,8%) e 1.764 municípios (31,7%). Já em 2008, dez estados (37%) e 963 municípios (17,3%) tiveram as respectivas adesões ao Pacto."

Na página 14, 3º parágrafo onde se lê:
"No que concerne às adesões municipais, ao final do ano de 2008, havia 2.790 homologações de TCGM *publicadas em portarias ministeriais*, o que representa *51,1%* dos municípios brasileiros."

Leia-se:
"No que concerne às adesões municipais, ao final do ano de 2008, havia 2.790 homologações de TCGM, o que representa 50,1% dos municípios brasileiros."

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

Pactuação Unificada de Indicadores

Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - 2008

Série G. Estatística e Informação em Saúde

Série Pactos pela Saúde 2006, v. 14

Editora MS

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 desta 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

Tiragem: 1ª 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
Home page: 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 2008.

Editora MS
Coordenação de Gestão Editorial
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
Home page: http://www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:
Normalização: Adenilson Félix
Revisão: Khamila Silva e Mara Pamplona
Diagramação: Renato Carvalho

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 2008 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
248 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006 ; v. 14)

ISBN 978-85-334-1739-7

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

CDU 35:614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0516

Títulos para indexação:
Em inglês: Unified pact of indicators: assessment 2008
Em espanhol: Pacto unificado de indicadores: evaluación 2008

Siglário

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIDPI – Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância

AIVDs – Atividades Instrumentais da Vida Diária

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVDs – Atividades de Vida Diária

Caps – Centro de Atenção Psicossocial

Cerest – Centros de Referência de Saúde do Trabalhador

CIT – Comissão Integestores Tripartite

CJ – Consultoria Jurídica

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Conasems – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

Conass – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

Consu – Conselho de Saúde Suplementar

DAB – Departamento de Atenção Básica

DAE – Departamento de Atenção Especializada

DAFIE – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

DAGS – Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada

DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DASIS – Departamento de Análise de Situação de Saúde

DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia

DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DES – Departamento de Economia da Saúde

DEVEP – Departamento de Vigilância Epidemiológica

DIPE – Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos
DRAC – Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
EMS – Editora do Ministério da Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAEC – Fundo de Ações Programáticas e Compensação
Febrasgo – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
FNS – Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde
Funasa – Fundação Nacional de Saúde
GM – Gabinete do Ministro
ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos
Inca – Instituto Nacional de Câncer
InforSUS – Sistema Nacional de Informações para Gestão do Trabalho do SUS
MI – Mortalidade Infantil
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional de Domicílio
PNCM – Programa Nacional de Controle da Malária
PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PPT – Plano Preventivo Terapêutico
Renast – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RNPVPS – Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde
SAA – Subsecretaria de Assuntos Administrativos
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SE – Secretaria-Executiva
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGIF/SUS – Sistema Gerencial de Informações Financeiras do SUS
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SI/PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

Siab – Sistema de Informações da Atenção Básica

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares

SIHD – Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SIS Fronteiras – Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras

SIS PPI – Sistema de Programação Pactuada e Integrada

SIS Pré-Natal – Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento

Siscam – Sistema de Informações do Câncer da Mulher

Siscel – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

Siscolo – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

Siclom – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

Sisfaf – Sistema de Transferência de Recursos Fundo a Fundo

Sisnep – Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos

Sispacto – Sistema do Pacto pela Saúde

Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SomaSUS – Sistema de Organização para Modelos Assistenciais do SUS

SPO – Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TCGE – Termo de Compromisso de Gestão Estadual

TCGM – Termo de Compromisso de Gestão

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil Indígena

TMN – Taxa de Mortalidade Neonatal
TMPN – Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal
UCIN – Unidade de Cuidado Intensivo
UTIN – Unidade de Terapia Intensiva
VE – Vigilância Epidemiológica

Sumário

11 **Apresentação**
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 **PACTO PELA VIDA**
17 Prioridade I – Saúde do Idoso
17 Indicador principal
17 Indicador 1: Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur
22 Indicador Complementar
22 Indicador 2: Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) cadastradas, inspecionadas
25 Prioridade II – Controle de Câncer de Colo de Útero e de Mama
25 Indicador Principal
25 Indicador 3: Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população, em determinado local por ano
30 Indicador 4: Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo de útero (lesões de alto grau – NIC II e NIC III), em determinado local, no ano
35 Indicador Complementar
35 Indicador 5: Percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5% por UF, no ano
41 Indicador 6: Proporção de municípios com serviço de mamografia prestadores do SUS capacitados no Sismama
44 Prioridade III – Redução da Mortalidade Infantil e Materna
44 Indicador Principal
44 Indicador 7: Proporção de investigação de óbitos infantis
49 Indicador 8: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados
54 Indicador 9: Coeficiente de mortalidade pós-neonatal
59 Indicador 10: Coeficiente de Mortalidade Neonatal
63 Indicador 11: Número absoluto de mortes infantis indígenas
65 Indicador Complementar
65 Indicador 12: Número de casos de sífilis congênita
69 Indicador 13: Taxa de Cesárea
73 Prioridade IV – Fortalecimento da Capacidade de Resposta às Doenças Emergentes e Endemias, com Ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite e Aids

73 Indicador Principal
73 Indicador 14: Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue
76 Indicador 15: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
82 Indicador 16: Incidência parasitária anual de malária
87 Indicador 17: Proporção de cura dos casos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
92 Indicador 18: Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado
97 Indicador 19: Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia
100 Indicador 20: Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade
103 Prioridade V – Promoção da Saúde
103 Indicador Principal
103 Indicador 21: Prevalência de sedentarismo em adultos
108 Indicador 22: Prevalência de tabagismo
112 Indicador Complementar
112 Indicador 23: Proporção de estados/capitais/municípios prioritários com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde
115 Prioridade VI – Fortalecimento da Atenção Básica
115 Indicador Principal
115 Indicador 24: Proporção da população cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família
120 Indicador Complementar
120 Indicador 25: Proporção de municípios com Projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) implantado
124 Indicador 26: Recurso financeiro (em reais) próprio despendido na Atenção Básica
126 Indicador 27: Média anual de ação coletiva de escovação dental supervisionada
129 Indicador Principal
129 Indicador 28: Cobertura da Primeira Consulta Odontológica Programática
133 Indicador 29: Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)
138 Indicador Complementar
138 Indicador 30: Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos e mais
142 Indicador Principal

142 Indicador 31: Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas
146 Indicador 32: Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas pré-natal ou proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal
151 Indicador Complementar
151 Indicador 33: Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde
154 Indicador Principal
154 Indicador 34: Percentual de crianças menores de 5 anos com baixo peso para idade
158 Indicador Complementar
158 Indicador 35: Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Básica
162 Prioridade VII – Saúde do Trabalhador
162 Indicador Principal
162 Indicador 36: Número de Cerest implantados
167 Indicador Complementar
167 Indicador 37: Número de profissionais de saúde matriculados
170 Prioridade VIII – Saúde Mental
170 Indicador Principal
170 Indicador 38: Taxa de cobertura Caps por 100 mil habitantes
174 Indicador Complementar
174 Indicador 39: Taxa de cobertura do Programa De Volta para Casa
178 Prioridade IX – Fortalecimento da Capacidade de Resposta do Sistema de Saúde às Pessoas com Deficiência
178 Indicador Principal
178 Indicador 40: Número total de serviços de reabilitação de saúde auditiva habilitados por UF
181 Prioridade X – Atenção Integral às Pessoas em Situação ou Risco de Violência
181 Indicador Complementar
181 Indicador 41: Proporção de Redes de Atenção Integral à Mulher e Adolescentes em Situação de Violência implantados em municípios prioritários no estado
186 Indicador Principal
186 Indicador 42: Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências, implantadas
189 Prioridade XI – Saúde do Homem
189 Indicador Principal

189 Indicador 43: Política de saúde do homem elaborada e publicada
191 PACTO DE GESTÃO
191 **I - Responsabilidades Gerais**
191 Indicador Principal
191 Indicador 44: Cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano de idade
194 Indicador 45: Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas
199 Indicador 46: Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em menores de 15 anos
205 Indicador 47: Proporção de doenças exantemáticas investigadas oportunamente
205 Indicador 48: Proporção de casos de Doença de Notificação Compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação
211 Indicador 49: Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC nº 29/2000
216 Indicador 50: Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais obrigatórias (SIA/SUS, SIH/SUS, CNES, Siab)
218 **II - Regionalização**
218 Indicador Complementar
218 Indicador 51: Proporção de constituição de Colegiados de Gestão Regional
222 **III - Planejamento e Programação**
222 Indicador Complementar
222 Indicador 52: Quantidade de estados com a PPI atualizada
225 **IV - Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria**
225 Indicador Principal
225 Indicador 53: Índice de contratualização de unidades conveniadas ao SUS, nos estados e municípios
229 **V - Participação e Controle Social**
229 Indicador Principal
229 Indicador 54: Proporção de estados e municípios com Relatórios de Gestão aprovados no CES e CMS
233 CONSIDERAÇÕES FINAIS
235 INDICAÇÃO DE LEITURA
239 REFERÊNCIAS
240 Anexo A – Pacto pela Vida
245 Anexo B – Pacto de Gestão
247 EQUIPE TÉCNICA

Apresentação

O **Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde**, relativo aos dados do ano de 2008, que ora é apresentado, consiste num documento, de caráter descritivo e de periodicidade anual, sobre o conjunto de compromissos e metas assumidos pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado do processo de pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores, conforme regulamentado pela Portaria MS/GM nº 91/2007.

Este relatório anual é o segundo publicado desde 2007 e sua elaboração tem sido guiada pela intenção de oferecer o consolidado do comportamento das metas pactuadas, de modo que seus determinantes possam ser analisados pelas equipes gestoras das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conselheiros de saúde, órgãos de controle interno e externo ao Poder Executivo, bem como a população em geral.

Sua finalidade é de prover, aos tomadores de decisão e usuários do sistema, os dados necessários para que os desafios na construção do sistema possam ser evidenciados. Além disso, espera-se que as situações aqui descritas possam ter os seus determinantes identificados, norteando o planejamento das ações em cada uma das esferas gestoras do SUS.

Deste modo, os dados aqui reunidos se constituem como ferramenta de um processo maior de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e parte integrante do círculo do planejamento, devendo ter seu uso institucional voltado, prioritariamente, para dois objetivos específicos do processo de qualificação da gestão do SUS:

- Reorientar o planejamento institucional e o processo de elaboração dos Planos de Saúde e Relatórios de Gestão, de forma integrada com as análises elaboradas sobre as metas propostas no pacto;
- Subsidiar as atividades de programação de ações e de pactuação de metas, que buscam resultados concretos para a melhoria do quadro de saúde da população brasileira.

No que tange ao formato adotado para este **Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde** foram consideradas duas dimensões:

- **Dimensão 1:** trata do monitoramento da adesão de estados e municípios ao Pacto pela Saúde, por meio da formalização dos Termos de Compromisso de Gestão.
- **Dimensão 2:** trata do monitoramento das Prioridades do Pacto pela Vida e de Gestão. Esta dimensão apresenta as metas pactuadas e os resultados alcançados em 2008, pelos estados e Distrito Federal, registrados no Sistema do Pacto pela Saúde – Sispacto, com as informações organizadas conforme a seguir:
- Quadro descritivo do indicador;
- Apresentação do indicador;
- Quadro de resultados, Brasil e UF;
- Análise Brasil, regional/estadual;
- Quadro comparativo dos resultados 2007-2008 (opcional);
- Recomendações/Observações.

Cabe advertir que, no processo de elaboração desse **Relatório** as áreas técnicas utilizaram os resultados informados pelos estados e Distrito Federal no Sispacto, comparando-os, quando disponíveis, com os bancos de dados nacionais. Nos casos em que se perceberam divergências (entre a informação do Sispacto e a informação de outros bancos de dados nacionais) foi privilegiada a análise realizada a partir do dado registrado no Sispacto, com a identificação da divergência e a disponibilização, no anexo deste relatório, do quadro com os resultados, segundo o que consta nos bancos de dados nacionais.

É importante ainda destacar que a construção deste relatório enfrentou alguns desafios, tanto de ordem metodológica, quanto no processo de organização dos dados, que resultaram no retardo entre o ano de ocorrência dos eventos e agravos (2008) e sua divulgação, que ocorre apenas em 2010.

Como forma de ampliar a divulgação deste processo, primordial à gestão do SUS, este **Relatório** será disponibilizado na forma impressa e em meio eletrônico, no endereço eletrônico do Sispacto **(www.saude.gov.br/sispacto).**

Análise dos Resultados

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

O Pacto pela Saúde tem como pressupostos a cooperação e coordenação entre as três esferas de gestão do SUS – União, estados e municípios. Assim, ao tempo que visa à assunção de compromissos e ao alcance de metas sanitárias e de gestão, o processo de formalização dessa pactuação privilegia a prerrogativa da adesão e preserva o princípio constitucional de autonomia entre os três entes federados.

Nesse sentido, desde a publicação das Portarias MS/GM nº 399/2006 e nº 699/2006, que institui e regulamenta o Pacto pela Saúde, respectivamente, o conjunto de atores envolvidos no Pacto – Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) – têm empreendido esforços, junto aos gestores estaduais e municipais, com o intuito de divulgar, induzir a adesão e cooperar com a operacionalização do Pacto.

Para isso, o MS adotou a estratégia do Apoio Integrado, que tem, entre outros, o objetivo de organizar a cooperação técnica prestada pelo gestor federal com a finalidade de qualificar a gestão descentralizada e fortalecer as relações de cooperação intergovernamentais. No âmbito do Apoio Integrado, foram priorizadas as agendas de adesão e o processo de construção dos Termos de Compromisso de Gestão Estadual (TCGE) e Termos de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM).

A título de resgate processual e como resultado dos esforços acima descritos é importante registrar que, desde 2006, é crescente a adesão de estados e municípios ao Pacto pela Saúde. No ano de publicação do Pacto (2006) o Estado do Tocantins e mais 63 municípios (1% do total de municípios do País) aderiram ao Pacto, inclusive com a publicação de portaria ministerial. Para 2007 foram 14 estados (51,8%) e 1.764 municípios (31,7%). Já em 2008, dez estados (37%) e 963 municípios (17,3%) tiveram publicadas as respectivas adesões ao Pacto.

Assim, em dezembro de 2008, o Pacto pela Saúde contava com adesão de 25 estados (92,5%), cujos TCGE foram aprovados no respectivo Conselho Estadual de Saúde (CES) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB), homologados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e publicadas as portarias de adesão pelo MS.

Segundo região político-administrativa do Brasil, ao final do ano de 2008, apenas as regiões Norte e Nordeste mantêm estados que não aderiram ao Pacto, conforme mapa a seguir:

FIGURA 1 – DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DA ADESÃO DOS ESTADOS AO PACTO PELA SAÚDE, BRASIL, DEZEMBRO DE 2008.

Fonte: DAGD/SE/MS

No que concerne às adesões municipais, ao final do ano de 2008, havia 2.790 homologações de TCGM publicadas em portarias ministeriais, o que representa 51,1% dos municípios brasileiros.

Em âmbito nacional, os estados do País apresentaram diferentes percentuais de adesão municipal, de modo que podem ser constituídos quatro grandes grupos:

- 100% de adesão municipal – o Estado do Mato Grosso do Sul;
- 80% ≤ adesão municipal < 100% – os estados do Ceará, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Norte e São Paulo;
- 60% ≤ adesão municipal < 80% – o Estado de Rondônia;
- Adesão municipal < 60%[1] – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Roraima, Tocantins, Alagoas, Bahia, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Sergipe, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Goiás e Mato Grosso.

É importante ressaltar, na apreciação destes percentuais, o papel desempenhado pelas instâncias gestoras locais, tanto na condução do processo de discussão e construção dos TCGM, quanto na identificação do potencial de qualificação da gestão descentralizada do SUS, que pode ser induzido pela pactuação. Segundo dados obtidos a partir do processo de cooperação técnica realizado pelo Ministério da Saúde, alguns aspectos, quando presentes, indicaram uma maior qualificação do processo de pactuação nos estados, com destaque para:

I. O papel exercido pela SES na coordenação do processo de pactuação;
II. A iniciativa de definir Grupo Condutor Estadual para o processo de coordenação da pactuação, com participação dos representantes do Cosems;
III. A conclusão e/ou construção do Plano de Ação Estadual como parte integrante do processo de pactuação.

Como evidenciado nessa análise, a implantação do Pacto pela Saúde é crescente e sua mensuração tem ocorrido mediante o acompanhamento da adesão de estados e municípios aos instrumentos que concretizam a possibilidade de levar adiante os objetivos propostos na pactuação.

[1] Os estados do Amapá, Pará, Piauí, Rio Grande do Sul e Sergipe não tinham municípios aderidos ao Pacto pela Saúde até dezembro de 2008.

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 2008, foram pactuadas 11 prioridades:

I. Atenção à saúde do idoso;
II. Controle do câncer de colo de útero e de mama;
III. Redução da mortalidade infantil e materna;
IV. Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids;
V. Promoção da saúde;
VI. Fortalecimento da atenção básica;
VII. Saúde do trabalhador;
VIII. Saúde mental;
IX. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
X. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
XI. Saúde do homem.

A avaliação dessas prioridades foi feita com base no conjunto de indicadores apresentados no anexo da Portaria MS/GM nº 325/2008, conforme análises a seguir.

PACTO PELA VIDA

PRIORIDADE I – SAÚDE DO IDOSO

Indicador principal

INDICADOR 1: TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur	Número de internação hospitalar por fratura do fêmur em maiores de 60 anos por local de residência/ total da população com 60 anos e mais x 10.000	SIH/IBGE	Reduzir em 2% a taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur

A redução da taxa de internações por fratura de fêmur em pessoas idosas configura-se em importante meta para a prevenção de incapacidades e óbitos nessa faixa etária. A queda em pessoas idosas tem por causas principais:

- **Fatores intrínsecos,** que estão diretamente associados às alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento e às doenças e efeitos do uso inadequado de fármacos combinados: dificuldades progressivas na perda da acuidade auditiva e visual, dificuldade de equilíbrio, perda progressiva da força nos membros inferiores, dentre outras situações clínicas que culminam numa maior probabilidade de quedas na pessoa idosa.
- **Fatores extrínsecos,** que derivam de circunstâncias sociais e/ou ambientais: pisos escorregadios, móveis mal distribuídos no ambiente, tapetes, dependências mal iluminadas, escadas (principalmente quando não há apoio lateral), animais de estimação de pequeno porte soltos pela casa, fios de extensão e objetos diversos espalhados pelo chão. Citam-se, ainda, ambientes monocromáticos, cama de altura inadequada, vasos sanitários baixos, prateleiras altas, vestiário e calçados inadequados, patologias/deformidades nos pés e vias públicas mal conservadas.

A queda, portanto, representa importante evento sentinela para abordagem integral e preventiva. Quando se pensa nas Atividades da Vida Diária (AVDs) e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), podemos constatar que a queda provoca no mínimo perda na autonomia e na independência dos idosos e, de forma mais aguda, nos idosos que moram sozinhos.

A osteoporose por sua vez, tem contribuição importante nas fraturas de fêmur em pessoas idosas, principalmente no sexo feminino, segundo Brazilian Osteoporosis Study – BRAZOS (PINHEIRO et al., 2010). Portanto, a meta de reduzir a taxa de internações de pessoas idosas por fratura de fêmur envolve ações de prevenção de quedas e da osteoporose.

QUADRO 1 – TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

Região/UF	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	/10.000	/10.000
Brasil	**19,9**	**17,6**
Região Norte		
Acre	15,5	16,1
Amapá	26,9	14,3
Amazonas	13,7	7,8
Pará	8,7	9,9
Rondônia	18,0	19*
Roraima	16,9	21,2*
Tocantins	18,7	20,9
Região Nordeste		
Alagoas	23,5	16,8
Bahia	3,5	12,3
Ceará	13,0	12,3
Maranhão	14,4	6,1
Paraíba	19,0	21,0
Pernambuco	13,9	12,0
Piauí	5,0	13,0
Rio Grande do Norte	23,8	17,7
Sergipe	19,9	16,0

continua

continuação

Região/UF	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	/10.000	/10.000
Região Sudeste		
Espírito Santo	23,8	18,0
Minas Gerais	23,9	22,8
Rio de Janeiro	18,2	12,7
São Paulo	24,3	22,9
Região Sul		
Paraná	20,9	23,0
Rio Grande do Sul	20,2	19,8
Santa Catarina	20,5	18,8
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	18,5	18,6
Goiás	0,2	12,4
Mato Grosso	25,8	18,3
Mato Grosso do Sul	16,8	17,3

Fonte: (Sispacto)
*SIH/SUS

Análise Brasil

Considerando os dados apresentados no Quadro 1, pode-se afirmar que a meta Brasil foi atingida. Dessa forma, no geral, a análise Brasil é positiva. Todos os estados da Federação pactuaram a meta proposta pelo Ministério da Saúde em Comissões Intergestores Bipartites e enviaram ofício ao Ministério da Saúde reiterando o compromisso assumido em 2008, no Pacto pela Vida, em atingir a meta: redução de 2% na taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas idosas.

Análise regional e estadual

Para elaboração desta análise foram considerados os dados do Sispacto em comparação com as bases de dados nacionais, como também foram considerados dados convergentes, aqueles que estão entre as variações de 0,01 a 1% com relação aos dados presentes nos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

A divergência entre a base de dados do Ministério da Saúde e do Sispacto (informada pelos estados), pode ter acontecido em virtude do

processo de estabilização da base nacional (última atualização feita em 15/10/2009, sujeita a revisão) – vide quadro no anexo deste relatório.

A meta foi atingida pela maioria dos estados e, mesmo aqueles que não conseguiram atingir a meta pactuada para 2008, vêm apresentando, nos dois anos, queda em seus valores, considerando dados do SIH/DATASUS. Neste período, apenas a Região Sul não conseguiu reduzir as taxas de internação por fratura de fêmur.

Observa-se que a tendência de redução em 2% na taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas idosas foi alcançada por 15 estados: Amapá, Amazonas, Alagoas, Ceará, Espírito Santo, Mato Grosso, Maranhão, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe.

Análise de tendência

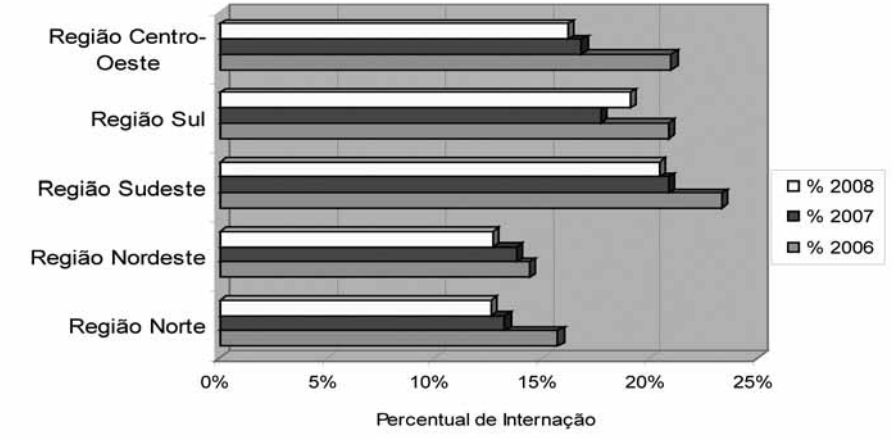
Embora os dados atuais demonstrem uma tendência à redução da taxa, nos anos anteriores à 2006, a situação era de grande instabilidade, com variação significativa nos valores alcançados.

Esta é uma situação positiva que deve ser acompanhada pela Área Técnica da Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS, pois o processo de redução deste indicador é importante parâmetro para verificarmos a eficácia das ações implementadas pela esfera federal nos estados e municípios.

O Gráfico 1 nos mostra um comparativo feito, tendo como subsídios os dados presentes na base de dados do DATASUS (atualização 15/10/2009) por regiões do País entre os anos de 2006 e 2008; nesta projeção podemos observar redução na taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas idosas neste período, exceto na Região Sul.

Isso é consequência da sensibilização dos gestores desde 2006 com campanhas de prevenção e promoção da saúde e a oficinas de capacitação dos profissionais iniciadas em 2008, em âmbito estadual, com o apoio e acompanhamento do Ministério da Saúde, previsto no Pacto Pela Vida.

GRÁFICO 1 – TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR – BRASIL, 2006 A 2008.



Fonte:SIH/SUS e IBGE (Dados preliminares atualizados em 2/9/2009, sujeitos a novas atualizações. Dados extraídos em 15/9/2009)

Recomendações e observações

O Ministério da Saúde reconhece que as quedas em pessoas idosas são um problema de saúde pública e instituiu, por meio da Portaria MS/GM nº 3.213/2007, um Comitê Assessor para Prevenção da Osteoporose e Quedas em Pessoas Idosas, com a finalidade de apoiar as políticas públicas relacionadas às quedas em idosos. Esse comitê é formado por representantes de diversas sociedades profissionais que têm interface com o tema, e é coordenado pela Área Técnica da Saúde do Idoso do Ministério da Saúde.

Dentre as diretrizes desse comitê assessor, podem ser citadas: Campanhas de Prevenção da Osteoporose e Quedas e a realização de Oficinas Estaduais com o objetivo de sensibilizar e capacitar os profissionais de nível superior, preferencialmente aqueles que atuam na Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família (ESF), para trabalhar numa linha de cuidado que vise à prevenção da osteoporose e das quedas e à identificação de "idosos caidores", numa visão multi e interdisciplinar, tendo como instrumento auxiliar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

A abordagem dessas oficinas inclui: o diagnóstico, a prevenção e o tratamento da osteoporose; a identificação de riscos intrínsecos e extrínsecos; e a avaliação do nível de funcionalidade da pessoa idosa, além da identificação de idosos que vivem sozinhos, sem familiares ou uma rede de apoio. Ao término das oficinas nos estados são elencadas diretrizes para compor um documento do Ministério da Saúde sobre a Prevenção e o Tratamento da Osteoporose e Quedas em Pessoas Idosas, o que contribuirá para o alcance da meta de redução da taxa de internações por fratura de fêmur.

- Indicador Complementar

INDICADOR 2: PERCENTUAL DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI) CADASTRADAS, INSPECIONADAS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) cadastradas, inspecionadas	Número de ILPI cadastradas na Visa inspecionadas/número de ILPI cadastradas na Visa x 100	Visas Estaduais/ Planilhas eletrônicas da CGTES/ NADAV/ Anvisa	Inspecionar 100% das ILPI cadastradas na Anvisa

Uma das ações de vigilância sanitária em relação à produção de bens e serviços é a inspeção sanitária, cuja legislação regulamenta as instalações e o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de serviços à população. A fiscalização sanitária pode ser definida como [...] uma ação verificadora do cumprimento da norma, e se dá, muitas vezes, mediante a inspeção de estabelecimentos, atividades e ambientes [...] (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Essa ação, realizada pelos serviços de vigilância sanitária, contribui para o atendimento das prioridades do Pacto pela Vida, relativo à Saúde do Idoso, ao verificar o cumprimento das normas sanitárias pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos em funcionamento. Como resultado da inspeção sanitária dos estabelecimentos que estão em desacordo com a legislação sanitária são exigidos plano e cronograma de adequação. Para os estabelecimentos em conformidade com as normas sanitárias é emitido o alvará/licença sanitária.

QUADRO 2 – PERCENTUAL DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI) CADASTRADAS, INSPECIONADAS POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	100,0	80,7
Região Norte		
Acre	100,0	100,0
Amazonas	100,0	100,0
Amapá	100,0	100,0
Pará	não pactuado	85,7
Rondônia	100,0	75,0
Roraima	100,0	100,0
Tocantins	100,0	100,0
Região Nordeste		
Alagoas	100,0	94,4
Bahia	100,0	83,0
Ceará	100,0	100,0
Maranhão	100,0	100,0
Paraíba	não pactuado	não informado
Pernambuco	100,0	100,0
Piauí	100,0	100,0
Rio Grande do Norte	100,0	100,0
Sergipe	100,0	100,0
Região Sudeste		
Espírito Santo	100,0	61,0
Minas Gerais	não pactuado	não informado
Rio de Janeiro	100,0	54,7
São Paulo	100,0	87,3
Região Sul		
Paraná	100,0	100,0
Rio Grande do Sul	100,0	52,0
Santa Catarina	100,0	100,0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	100,0	100,0
Goiás	100,0	35,0
Mato Grosso	100,0	100,0
Mato Grosso do Sul	100,0	50,0

Fonte: Nadav/Anvisa e Coordenações Estaduais de Visa, dezembro/2008

Análise Brasil

No Pacto pela Vida, a inclusão do indicador de inspeção de ILPI tem por objetivo fortalecer e qualificar as ações voltadas à atenção à saúde do idoso. Assim, a adoção deste indicador para avaliação das ações de atenção ao idoso elevou as inspeções em ILPIs realizadas pelas vigilâncias sanitárias. Observamos que das instituições cadastradas em todo o Brasil, 80,7% foram inspecionadas.

Análise regional e estadual

Conforme dados do Quadro 2, 15 estados (55,5 %) alcançaram a meta de 100% de inspeção em ILPIs. Os estados do Pará, Rondônia, Alagoas, Bahia e São Paulo tiveram desempenho superior a 75% e apenas cinco estados – Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Goiás e Mato Grosso do Sul apresentaram resultados inferiores a 75%. Vale ressaltar que os estados de Minas Gerais e Paraíba não pactuaram esse indicador.

Embora a meta não tenha sido cumprida – que seria a realização de inspeção em 100% das instituições de longa permanência – é provável que a adoção desse indicador tenha induzido a ampliação do cadastro desses estabelecimentos, o que se considera uma externalidade positiva, no que diz respeito ao universo de atuação da vigilância sanitária.

Recomendações e observações

É importante destacar que o resultado ora apresentado (80,7%) indica uma atuação forte em grande parte das coordenações estaduais e/ou municipais de vigilância sanitária, além de se constituir como um avanço na melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas ILPIs. Assim, o cadastramento e a inspeção sanitária das ILPIs pelas vigilâncias sanitárias locais, com as consequentes medidas corretivas, foram ações importantes para o alcance da meta prevista no Pacto pela Vida, mas também, para contribuir na qualificação da atenção prestada ao idoso nas ILPIs.

PRIORIDADE II – CONTROLE DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA

- Indicador Principal

INDICADOR 3: RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO-VAGINAIS NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO, EM DETERMINADO LOCAL POR ANO

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação a população, em determinado local por ano	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais, em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos em determinado local/população feminina, na faixa etária de 25 a 59 anos no mesmo local.	Siscam/ Siscolo/ IBGE	Parâmetro – 0,3

O indicador expressa tanto a produção de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolau) na população-alvo do rastreamento deste câncer (população feminina de 25 a 59 anos) quanto possibilita avaliar a oferta de exames.

QUADRO 3 – RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO-VAGINAIS, NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO EM DETERMINADO LOCAL, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	Razão	Razão
Brasil	**0,30**	**0,17**
Região Norte		
Acre	0,30	0,32
Amazonas	0,20	0,15
Amapá	0,30	0,10
Pará	0,30	0,12
Rondônia	0,30	0,21
Roraima	0,30	0,26
Tocantins	0,30	0,25
Região Nordeste		
Alagoas	0,30	0,16
Bahia	0,24	0,16
Ceará	0,30	0,22

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	Razão	Razão
Maranhão	0,35	0,15
Paraíba	0,30	0,24
Pernambuco	0,30	0,20
Piauí	0,30	0,30
Rio Grande do Norte	0,30	0,24
Sergipe	0,28	0,12
Região Sudeste		
Espírito Santo	0,30	0,24
Minas Gerais	0,30	0,21
Rio de Janeiro	0,18	0,12
São Paulo	0,30	0,17
Região Sul		
Paraná	0,25	0,19
Rio Grande do Sul	0,30	0,13
Santa Catarina	0,30	0,19
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	0,16	0,10
Goiás	0,30	0,17
Mato Grosso	0,30	0,20
Mato Grosso do Sul	0,30	0,23

Fonte: Siscolo e IBGE

Análise Brasil

A razão alcançada (0,17) ficou abaixo do parâmetro proposto (0,30). Apenas dois estados (Acre e Piauí) alcançaram a meta pactuada. A dificuldade no alcance das metas está possivelmente relacionada à subestimação dos dados (não envio da totalidade das informações epidemiológicas para as bases estaduais e nacional do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – Siscolo) e também à influência da participação da saúde suplementar na realização dos exames. Em estados com maior cobertura ambulatorial da saúde suplementar, como no sudeste e sul do País, com 28,1% e 20,6% respectivamente, conforme a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD/IBGE) realizada em 2008 (IBGE, 2010), são esperados valores mais baixos desse indicador, pois estima-se que a proporção da população coberta pela saúde suplementar não realize o exame citopatológico no SUS.

Para análise do indicador foi utilizada como fonte de dados a base nacional do Siscolo, com dados alimentados até agosto de 2009. As divergências entre os resultados registrados no Sispacto e os disponíveis na base nacional (Siscolo) podem ser observadas no quadro anexo deste relatório.

Análise regional e estadual

Conforme o Quadro 4, em 2008, os valores médios observados do indicador nas regiões foram semelhantes, sendo a maior razão encontrada na Região Nordeste (0,18) e as menores nas regiões Norte e Sul do País (0,16). O valor do Nordeste tende a expressar a menor presença da saúde suplementar na região, 8,3% segundo dados da PNAD 2008. Entretanto, na Região Norte não se verifica essa relação, pois a cobertura de saúde suplementar é ainda menor, de 7,2% (IBGE, 2010). Este dado é preocupante por ser a Região Norte a que apresenta a maior carga de morbimortalidade por câncer do colo do útero.

Na Região Norte, os estados de Roraima, Tocantins e Rondônia alcançaram valores próximos aos pactuados e são, junto ao Acre, os estados com maior oferta de exames. Os estados do Amapá e do Pará apresentaram os menores valores (0,10 e 0,12 respectivamente). Na Região Nordeste, os estados da Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Ceará, além do Piauí foram os que tiveram razões mais altas, enquanto os demais estados ficaram abaixo da média nacional de 0,17, com destaque para Sergipe e Maranhão. Destaca-se aqui o alto valor pactuado pelo Estado do Maranhão (0,35), cujo descompasso com a realidade e o potencial do estado, sugere a necessidade de se contextualizar melhor as metas no processo de pactuação.

Na Região Centro-Oeste, o Estado do Mato Grosso do Sul teve a maior razão (0,23), seguido do Mato Grosso (0,20), enquanto o Estado de Goiás teve comportamento semelhante à média nacional e o Distrito Federal apresentou o menor valor (0,10), não tendo conseguido alcançar a meta reduzida de 0,16 pactuada para 2008.

Situação semelhante foi observada na Região Sudeste, com o Rio de Janeiro tendo apresentado 0,12, aquém da razão de 0,18 pactuada. O Estado do Espírito Santo apresentou valor mais alto (0,24), seguido de Minas Gerais e São Paulo.

Na Região Sul, os estados de Santa Catarina e Paraná ficaram um pouco acima da média nacional, enquanto o menor valor foi observado no Estado do Rio Grande do Sul (0,13).

Comparativo dos resultados 2007 e 2008

QUADRO 4 – COMPARATIVO ENTRE OS RESULTADOS 2007 E 2008 DA RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO-VAGINAIS, NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO-ALVO, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL.

UF Residência	2007		2008	
	Meta Pactuada	Resultado Alcançado	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	Razão	Razão	Razão	Razão
Brasil	**-**	**0,18**	**-**	**0,17**
Região Norte	**-**	**0,18**	**-**	**0,16**
Acre	0,30	0,26	0,30	0,32
Amazonas	0,17	0,17	0,20	0,15
Amapá	0,30	0,14	0,30	0,10
Pará	0,10	0,15	0,30	0,12
Rondônia	0,24	0,20	0,30	0,21
Roraima	0,30	0,34	0,30	0,26
Tocantins	0,35	0,27	0,30	0,25
Região Nordeste	**-**	**0,21**	**-**	**0,18**
Alagoas	0,30	0,02	0,30	0,16
Bahia	0,24	0,14	0,24	0,16
Ceará	0,30	0,27	0,30	0,22
Maranhão	0,20	0,20	0,35	0,15
Paraíba	0,30	0,29	0,30	0,24
Pernambuco	0,30	0,24	0,30	0,20
Piauí	0,30	0,35	0,30	0,30
Rio Grande do Norte	0,30	0,27	0,30	0,24
Sergipe	0,28	0,06	0,28	0,12
Região Sudeste	**-**	**0,17**	**-**	**0,17**
Espírito Santo	0,30	0,26	0,30	0,24
Minas Gerais	0,23	0,23	0,30	0,21
Rio de Janeiro	0,30	0,12	0,18	0,12
São Paulo	0,30	0,16	0,30	0,17
Região Sul	**-**	**0,17**	**-**	**0,16**
Paraná	0,30	0,22	0,25	0,19
Rio Grande do Sul	0,20	0,15	0,30	0,13
Santa Catarina	0,30	0,13	0,30	0,19

continua

continuação

UF Residência	2007		2008	
	Meta Pactuada	Resultado Alcançado	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	Razão	Razão	Razão	Razão
Região Centro-Oeste	**-**	**0,18**	**-**	**0,17**
Distrito Federal	0,16	0,13	0,16	0,10
Goiás	0,30	0,16	0,30	0,17
Mato Grosso	0,20	0,23	0,30	0,20
Mato Grosso do Sul	0,30	0,25	0,30	0,23

Fonte: Siscolo e IBGE

O indicador apresentou, em 2008, valor nacional um pouco abaixo do observado em 2007 (passou de 0,18 para 0,17), o que reflete a redução ocorrida em 18 estados. Houve aumento discreto dos valores em 2008 nos estados do Rondônia, São Paulo e Goiás. Os estados do Acre, Alagoas, Bahia, Sergipe e Santa Catarina apresentaram aumentos mais expressivos, porém ainda não alcançaram as metas pactuadas.

Recomendações e observações

Como o indicador proposto avalia somente a quantidade de exames preventivos e não o número de mulheres examinadas, não é possível com os dados atuais do Siscolo avaliar como está a cobertura da população-alvo de acordo com a necessidade definida na linha de cuidado para o controle do câncer do colo do útero.

Como um indicador proxy de cobertura pode-se inferir que, considerando a subestimação dos dados no Siscolo, há certa estabilidade ou possivelmente aumento da oferta de exames citopatológicos no País, o que não significa, necessariamente, boa cobertura. Razões elevadas de exames citopatológicos na população-alvo não significam garantia de boa cobertura, pois se ocorrer repetição de exames de forma desnecessária (contrária às definições técnicas estabelecidas nacionalmente), parte da população pode estar sem acesso ao exame de Papanicolau. É preciso, portanto, que as equipes técnicas e gestoras locorregionais aprofundem a análise destes dados em conjunto com as variáveis relativas à realização de citologia anterior e tempo da citologia anterior, para

verificação da periodicidade da oferta e o melhor dimensionamento do alcance da população-alvo como descrito no Instrutivo dos Indicadores para a Pactuação Unificada – 2008. É também necessário complementar a análise com a avaliação da cobertura da população pela Saúde Suplementar em cada território.

O indicador de Razão deve ser também desdobrado em nível municipal, a fim de melhor expressar as diferenças entre municípios e a situação do estado.

INDICADOR 4: PERCENTUAL DE TRATAMENTO/SEGUIMENTO NO NÍVEL AMBULATORIAL DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO (LESÕES DE ALTO GRAU – NIC II E NIC III), EM DETERMINADO LOCAL, NO ANO

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Percentual de tratamento/ seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo de útero (lesões de alto grau – NIC II e NIC III), em determinado local, no ano	Número de condutas preconizadas para lesões de alto grau NIC II e NIC III no exame preventivo/ número de exames com lesão de alto grau, no estado	Siscam/ Siscolo	Tratar 100% dos casos positivos de lesão de alto grau	Este indicador é calculado considerando o ano base anterior do diagnóstico, assim durante o ano de 2008 foram avaliadas as mulheres diagnosticadas no ano de 2007

Esse indicador expressa a informação sobre o seguimento das mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e NIC III) do colo do útero e sua utilização visa avaliar o grau de informação sobre o seguimento dessas mulheres realizado durante o ano posterior ao seu diagnóstico.

QUADRO 5 – PERCENTUAL DE TRATAMENTO/SEGUIMENTO NO NÍVEL AMBULATORIAL DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**100,0**	**13,7**
Região Norte		
Acre	100,0	74,1
Amazonas	70,0	58,5
Amapá	100,0	0,0
Pará	100,0	7,9
Rondônia	60,0	55,9
Roraima	100,0	42,1
Tocantins	80,0	70,2
Região Nordeste		
Alagoas	100,0	0,0
Bahia	65,0	3,0
Ceará	100,0	39,8
Maranhão	100,0	4,0
Paraíba	100,0	17,7
Pernambuco	100,0	25,9
Piauí	80,0	20,8
Rio Grande do Norte	100,0	3,8
Sergipe	100,0	39,4
Região Sudeste		
Espírito Santo	100,0	26,4
Minas Gerais	100,0	2,3
Rio de Janeiro	100,0	19,2
São Paulo	100,0	6,7
Região Sul		
Paraná	100,0	38,8
Rio Grande do Sul	100,0	14,3
Santa Catarina	100,0	2,4
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	100,0	17,4
Goiás	100,0	0,0
Mato Grosso	100,0	22,0
Mato Grosso do Sul	80,0	8,0

Fonte: Siscolo/DATASUS – Inca

Análise Brasil

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, publicadas em 2006 pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca), "Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde, após o resultado citológico de lesão de alto grau a conduta imediata é o encaminhamento da mulher à colposcopia para investigação diagnóstica (biópsia) ou tratamento da lesão, quando compatível com a citologia (método "Ver e Tratar")". Dessa forma, após um ano do diagnóstico seria possível ter informações quanto ao seguimento dessas mulheres.

Os resultados alcançados para o Brasil foram muito aquém da meta pactuada. Apenas 13,7% das mulheres com lesão de alto grau em 2007 tiveram informação sobre o seu seguimento/tratamento, após um ano do diagnóstico original. Esse resultado pode indicar problemas na organização da rede de referência secundária para o acompanhamento das condutas realizadas junto às mulheres com lesões precursoras de alto grau, ou no fluxo da informação entre serviço/município/estado dificultando a inserção dos dados no sistema de informação (Siscolo).

Conforme definido na Portaria MS/SAS nº 287/06, os dados sobre a investigação diagnóstica e tratamento das mulheres com exames alterados devem ser atualizados regularmente no Módulo de Coordenação/Seguimento do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) pelos municípios/estados e transferidos à coordenação nacional.

Para análise desse indicador optou-se pela base nacional do Siscolo. A divergência entre os resultados informados no Sispacto e no Siscolo está apresentada no anexo deste relatório.

Análise regional e estadual

Nenhum dos estados do País atingiu a meta pactuada. A Região Norte apresentou os melhores resultados, com percentuais acima de 50% em quatro estados, com o Acre e o Tocantins atingindo mais de 70% de seguimento informado. Em contraste, o Estado do Amapá apresentou 0% de seguimento informado no Siscolo.

Na Região Nordeste, os estados de Sergipe, Piauí, Pernambuco e Ceará apresentaram os melhores resultados da região, mas com valores não superiores a 40%. Nos estados da Bahia, Maranhão, Rio Grande do Norte e Alagoas os resultados foram inferiores a 10%, destacando-se o Estado de Alagoas com 0%.

Nos estados das regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, menos de 40% das mulheres diagnosticadas com lesão de alto grau tiveram algum dado de seguimento/tratamento informado. Melhores percentuais foram observados nos estados de Mato Grosso, Paraná e Espírito Santo. Com menos de 3% de informação, destacam-se Minas Gerais, Santa Catarina e Goiás, este último com 0% de seguimento/tratamento informado no Siscolo.

Comparativo dos resultados 2007 e 2008

QUADRO 6 – COMPARATIVO DOS RESULTADOS 2007 E 2008 DO PERCENTUAL DE TRATAMENTO/ SEGUIMENTO NO NÍVEL AMBULATORIAL DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL.

UF Residência	2007*	2008**
	%	%
Brasil	**13,1**	**13,7**
Região Norte		
Acre	81,6	74,1
Amazonas	68,8	58,5
Amapá	0,0	0,0
Pará	5,1	7,9
Rondônia	45,1	55,9
Roraima	9,1	42,1
Tocantins	70,5	70,2
Região Nordeste		
Alagoas	1,8	0,0
Bahia	2,9	3,0
Ceará	52,1	39,8
Maranhão	3,0	4,0
Paraíba	21,3	17,7
Pernambuco	33,6	25,9
Piauí	20,2	20,8
Rio Grande do Norte	7,1	3,8

continua

continuação

UF Residência	2007*	2008**
	%	%
Sergipe	41,2	39,4
Região Sudeste		
Espírito Santo	38,5	26,4
Minas Gerais	7,1	2,3
Rio de Janeiro	10,2	19,2
São Paulo	7,8	6,7
Região Sul		
Paraná	27,9	38,8
Rio Grande do Sul	12,0	14,3
Santa Catarina	6,0	2,4
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	3,6	17,4
Goiás	1,4	0,0
Mato Grosso	19,0	22,0
Mato Grosso do Sul	9,7	8,0

Fonte: Siscolo/DATASUS – Inca
*Mulheres diagnosticadas em 2006/ **Mulheres diagnosticadas em 2007

Esse indicador não foi pactuado para o ano de 2007. Entretanto, ao analisar os dados disponíveis na base nacional para as mulheres diagnosticadas em 2006 e 2007, observa-se que todos os estados apresentaram percentuais baixos de seguimento no período analisado. Vale destacar os estados da Região Norte que, em sua maioria, apresentaram percentuais bem acima da média do País, com destaque para os estados de Roraima e Rondônia que aumentaram o seguimento em relação ao ano anterior.

Nos demais estados e regiões, o perfil não foi modificado entre os dois anos observados. Os estados do Rio de Janeiro, Mato Grosso, Paraná e Rio Grande do Sul e o Distrito Federal apresentaram aumento do percentual informado em relação ao ano anterior, e nos demais observa-se redução ou discreto aumento. É importante ressaltar que com relação às mulheres diagnosticadas em anos anteriores, é maior a possibilidade de se obter informação quanto ao seguimento (maior tempo de seguimento). Entretanto, espera-se que, em um ano, as mulheres com diagnóstico de lesão de alto grau tenham sua confirmação diagnóstica, sejam encaminhada para tratamento e tenham seu seguimento informado.

Recomendações e observações

Segundo a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC, 2005) há evidências de que o rastreamento de mulheres para lesões precursoras do câncer do colo do útero, por meio do exame de Papanicolau, associada ao tratamento em estágios iniciais, tem resultado em uma redução das taxas de incidência e mortalidade de câncer cervical invasor.

Assim, o acompanhamento regular, realizado pelas equipes municipais e estaduais, das mulheres com exames alterados, em especial aquelas com diagnóstico de lesão de alto grau (NIC II e NIC III), é imprescindível, pois, estas mulheres, se tratadas oportuna e adequadamente, não evoluirão para o câncer invasivo, o que contribuirá para a diminuição da incidência do câncer do colo do útero. A informação do tratamento, quando inserida no Siscolo, permite ao gestor municipal e estadual, avaliar e acompanhar as ações de controle do câncer do colo do útero em sua área de abrangência, contribuindo para a tomada de decisões.

- Indicador Complementar

INDICADOR 5: PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM AMOSTRAS INSATISFATÓRIAS ACIMA DE 5% POR UF, NO ANO

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5% por UF, no ano	Número de municípios com exames citopatológico cérvico-vaginal com amostras insatisfatórias acima de 5%, por estado/ número total de municípios, do estado x 100	Siscam/ Siscolo	- UF que apresenta o percentual de municípios com amostra insatisfatórias acima de 10% dos municípios atingir o índice aceitável de 5%. - UF que apresenta o percentual de municípios com amostras insatisfatórias entre 2 a 10% dos municípios atingir o índice ideal de 1%. - UF que apresentam o percentual de municípios com amostras insatisfatórias até 1% dos municípios – manter este índice.

Indica a proporção de municípios que apresentam problemas na qualidade do exame citopatológico (amostras insatisfatórias) e informa ao gestor o percentual de municípios que apresentam baixa qualidade na coleta de exames preventivos Papanicolau que, consequentemente, não serão diagnosticadas sendo necessária uma nova coleta.

QUADRO 7 – PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM AMOSTRAS INSATISFATÓRIAS ACIMA DE 5% POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**1,0**	**7,8**
Região Norte		
Acre	1,0	31,1
Amazonas	12,9	17,7
Amapá	5,0	37,5
Pará	não pactuado	11,9
Rondônia	1,0	7,7
Roraima	1,0	0,5
Tocantins	1,0	0,7
Região Nordeste		
Alagoas	1,0	12,7
Bahia	9,9	22,1
Ceará	1,0	0,5
Maranhão	5,0	25,3
Paraíba	1,0	5,4
Pernambuco	5,0	46,5
Piauí	1,0	0,0
Rio Grande do Norte	7,5	15,0
Sergipe	não pactuado	1,3
Região Sudeste		
Espírito Santo	1,0	0,0
Minas Gerais	não pactuado	2,8
Rio de Janeiro	1,0	0,0
São Paulo	1,0	4,2

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Região Sul		
Paraná	1,0	0,0
Rio Grande do Sul	não pactuado	3,6
Santa Catarina	1,0	1,0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	não pactuado	N.A.
Goiás	1,0	5,7
Mato Grosso	1,0	10,6
Mato Grosso do Sul	1,0	3,8

Fonte: Siscolo/DATASUS – Inca
N.A: não se aplica

Análise Brasil

Como esse indicador foi inserido na pactuação 2008 apenas como indicador complementar, quatro estados e o Distrito Federal não o pactuaram.

Na média nacional, 7,8% dos municípios apresentaram amostras insatisfatórias acima de 5%. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o limite máximo de amostras insatisfatórias esperado é de 5% do total de exames realizados, o que corresponde a mais de 400 municípios do País com a qualidade do exame comprometida.

Alguns estados apresentaram mais de 40% de seus municípios com coleta insatisfatória com ônus adicional ao sistema de saúde e para a população, uma vez que não há restrição quanto ao pagamento de exames insatisfatórios. Outro problema é o desgaste para as mulheres que, ao retornarem à unidade de saúde, não terão o resultado do exame realizado e ainda deverão ser submetidas a nova coleta para o exame citopatológico, de acordo com as condutas e atribuições definidas pelo Ministério da Saúde (INCA, 2006).

Esse é um indicador sensível às ações de capacitação de profissionais e intervenções no processo de coleta e encaminhamento das amostras aos laboratórios para realização do exame citopatológico, uma vez que é possível avaliar o indicador antes e após qualquer intervenção realizada.

Para análise desse indicador optou-se pela base nacional do Siscolo. A divergência entre os resultados informados no Sispacto e no Siscolo está apresentada no anexo deste relatório.

Análise regional e estadual

Na Região Norte, apenas os estados de Tocantins e Roraima atingiram a meta pactuada, 0,7% e 0,5% respectivamente. Os estados do Amapá e Acre apresentaram mais de 30% de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5%, refletindo-se na necessidade de maior oferta de exames para garantir a cobertura da população.

Entre os estados do Nordeste, Piauí e Ceará atingiram a meta pactuada. Observa-se que os demais estados apresentaram índices elevados de municípios com problemas na qualidade da amostra coletada, com destaque para o Estado de Pernambuco, que apresentou o maior índice de municípios com amostras insatisfatórias do País, 46,5%.

Nas regiões Sul e Sudeste, os estados do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e São Paulo, apresentaram os maiores percentuais, com 3,6%, 2,8% e 4,2% de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5%, respectivamente. Os demais estados atingiram a meta pactuada.

Nenhum estado da Região Centro-Oeste atingiu a meta pactuada, sendo que em Mato Grosso foi observado o maior percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5%, na região. No caso do Distrito Federal, o cálculo deste indicador não se aplica, sendo o controle da qualidade da amostra avaliado pelo percentual de amostras coletadas. Em 2008 apenas 1% do total de amostras coletadas no DF foram consideradas insatisfatórias para análise.

QUADRO 8 – COMPARATIVOS DO RESULTADOS 2007 E 2008 DO PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM AMOSTRAS INSATISFATÓRIAS ACIMA DE 5% POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL.

UF Residência	2007	2008
	%	%
Brasil	**7,4**	**7,8**
Região Norte		
Acre	59,1	31,8
Amazonas	27,4	17,7
Amapá	56,3	37,5
Pará	9,8	11,9
Rondônia	13,5	7,7
Roraima	0,0	0,0
Tocantins	2,9	0,6
Região Nordeste		
Alagoas	4,9	12,7
Bahia	18,2	22,1
Ceará	2,2	0,5
Maranhão	18,4	25,3
Paraíba	6,7	4,0
Pernambuco	54,1	48,1
Piauí	0,9	0,0
Rio Grande do Norte	17,4	15,0
Sergipe	0,0	1,3
Região Sudeste		
Espírito Santo	2,6	0,0
Minas Gerais	2,5	2,8
Rio de Janeiro	1,1	0,0
São Paulo	3,3	4,2
Região Sul		
Paraná	0,0	0,0
Rio Grande do Sul	2,4	3,6
Santa Catarina	1,7	1,0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	-	-
Goiás	2,8	5,7
Mato Grosso	4,3	10,6
Mato Grosso do Sul	2,6	3,8

Fonte: Siscolo/DATASUS – Inca

Este indicador não foi pactuado para o ano de 2007, entretanto é possível observar, com a série histórica no Siscolo, um aumento gradual na média Brasil, nos últimos anos (6,1% em 2005 para 7,8% em 2008). Na Região Norte, apesar dos resultados elevados nos últimos anos, em todos os estados houve redução no percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5%, em relação ao ano de 2007, com exceção do Pará.

Ele não foi observado na Região Centro-Oeste, onde todos os estados apresentaram piora deste indicador. Entre os estados das Regiões Sul e Sudeste, não houve variações expressivas entre os anos analisados.

Na Região Nordeste, nos estados de Alagoas, Bahia e Maranhão houve aumento importante entre os anos de 2007 e 2008, e Pernambuco, apesar de uma redução do percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5%, ainda apresenta um número elevado de municípios que precisam avaliar a qualidade da coleta e o processamento das amostras coletadas.

Recomendações e observações

Este indicador contribui para a identificação de localidades/serviços que precisam ser capacitados para melhoria de todas as etapas da coleta, otimizando a utilização dos recursos disponíveis.

Possui alto grau de desagregabilidade, sendo possível identificar o município de residência da mulher e também o município da unidade de saúde que realiza a coleta. Desta forma todos os municípios podem avaliar este indicador, independente de possuírem laboratórios de citopatologia sob sua gestão.

Os estados e municípios também podem analisar esse indicador pela unidade de saúde que coletou o exame, permitindo identificar na sua área de abrangência setores ou unidades isoladas que precisam ser capacitadas ou melhorar a estratégia de acondicionamento e transporte das amostras coletadas.

Destaca-se também a necessidade de qualificar esta informação identificando as causas que levaram aos problemas na realização dos exames, para definir as estratégias de correção.

INDICADOR 6: PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM SERVIÇO DE MAMOGRAFIA PRESTADORES DO SUS CAPACITADOS NO SISMAMA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Proporção de municípios com serviço de mamografia prestadores do SUS capacitados no Sismama	União: Número de UFs capacitadas no Sismama/ Total de UF x 100 Estados: Número de municípios com serviço de mamografia prestadores do SUS capacitados no Sisma/ Total de municípios com serviço de mamografia (SUS e credenciado) no estado x 100	www.inca.gov.br	100% de municípios prestadores de serviço de mamografia para o SUS (613 Municípios) capacitados no Sismama

O objetivo do indicador é impulsionar a preparação dos municípios para a implantação do Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama), que se constitui como um componente fundamental para o rastreamento do câncer de mama no País.

QUADRO 9 – PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM SERVIÇO DE MAMOGRAFIA PRESTADORES DO SUS CAPACITADOS NO SISMAMA, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**100,0**	**100,0**
Região Norte		
Acre	100,0	100,0
Amazonas	100,0	78,6
Amapá	100,0	100,0
Pará	não pactuado	-
Rondônia	100,0	66,0
Roraima	100,0	100,0
Tocantins	100,0	100,0

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Região Nordeste		
Alagoas	100,0	-
Bahia	50,0	10,4
Ceará	100,0	35,7
Maranhão	100,0	75,0
Paraíba	100,0	89,0
Pernambuco	não pactuado	-
Piauí	100,0	100,0
Rio Grande do Norte	100,0	80,0
Sergipe	100,0	100,0
Região Sudeste		
Espírito Santo	100,0	100,0
Minas Gerais	não pactuado	-
Rio de Janeiro	100,0	0,0
São Paulo	100,0	100,0
Região Sul		
Paraná	100,0	100,0
Rio Grande do Sul	não pactuado	-
Santa Catarina	100,0	27,6
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	100,0	100,0
Goiás	100,0	80,0
Mato Grosso	100,0	100,0
Mato Grosso do Sul	100,0	100,0

Fonte: Informações das Coordenações Estaduais e informações do Inca

Análise Brasil

Doze estados finalizaram o treinamento do Sismama em 2008 e seis estados conseguiram treinar acima de 60% dos seus municípios que possuíam serviço de mamografia.

Para o nível federal o cálculo do indicador tinha como base as Unidades Federadas, tendo sido capacitados 100% dos estados e o Distrito Federal. O percentual médio de municípios capacitados para o Brasil, considerando o universo de 613 municípios com serviços de mamo-

grafia credenciados ao SUS no ano de 2008, foi de 50,2%. Excluindo os estados que não pactuaram este indicador, o percentual de capacitação atingiu 69% dos municípios.

Análise regional e estadual

A Região Nordeste foi a região com maior dificuldade em concluir o treinamento para uso do Sismama pelos prestadores do SUS no ano de 2008 e as Regiões Centro-Oeste e Norte foram as que apresentaram os maiores percentuais.

Recomendações e observações

Apesar da heterogeneidade dos estados no cumprimento da meta, o objetivo de capacitação nacional para uso do Sismama foi praticamente atingido em 2008, garantindo assim a estruturação básica para início da implantação nacional deste Sistema de Informação estratégico ao gerenciamento das ações de detecção precoce do câncer de mama.

PRIORIDADE III – REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA

- Indicador Principal

INDICADOR 7: PROPORÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de investigação de óbitos infantis	Número de óbitos infantis investigados/total de óbitos X 100	SIM	- UF com até 25% dos óbitos infantis investigados, a meta é aumentar em 100% (dobrar) esta proporção. - UF que, mesmo dobrando a proporção de óbitos investigados não atingirem 25%, a meta é 25%. - UF com mais de 25% e até 50% dos óbitos investigados, a meta é aumentar em 50% esta proporção. - UF com mais 50% dos óbitos investigados, a meta é aumentar em 25% esta proporção. - UF que já atingiram 75% de óbitos infantis investigados, manter ou ampliar em qualquer percentual.	Não foi definida a meta Brasil

Este indicador expressa a proporção de óbitos investigados em residentes menores de 1 ano, sobre o total de óbitos de residentes menores de 1 ano em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Os critérios mínimos para a investigação são: óbitos fetais (natimortos) com peso maior ou igual a 2.500g; óbitos pós-neonatais; óbitos neonatais com peso maior ou igual a 1.500g; e os óbitos domiciliares.

A Portaria MS/GM nº 1.172/2004 regulamenta as competências na área de Vigilância em Saúde e destaca a vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil. No que diz respeito ao monitoramento da mortalidade infantil, independente da causa declarada, os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação. O objetivo é levantar fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a ocorrência de eventos semelhantes. Trata-se, portanto de um indicador direto da qualidade da vigilância do óbito

infantil nas estruturas responsáveis por esta ação, além de ser um indicador indireto da qualidade dos dados de mortalidade infantil.

Para o cálculo do indicador considera-se o dado do status de investigação, "Sim" ou "Não", no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

QUADRO 10 – PROPORÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2007.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado*
	%	%
Brasil	-	**20,8**
Região Norte		
Acre	25	6,2
Amazonas	25	1,0
Amapá	25	0,7
Pará	25	6,9
Rondônia	20	6,9
Roraima	25	29,9
Tocantins	39	21,8
Região Nordeste		
Alagoas	42,9	36,7
Bahia	25	3,0
Ceará	25	36,5
Maranhão	37,4	28,1
Paraíba	25	9,6
Pernambuco	70,2	42,8
Piauí	20	11,2
Rio Grande do Norte	25	4,2
Sergipe	30	24,1
Região Sudeste		
Espírito Santo	41,5	33,8
Minas Gerais	27,6	20,4
Rio de Janeiro	29,2	27,8
São Paulo	30	18,5
Região Sul		
Paraná	60	38,6
Rio Grande do Sul	80	26,3

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado*
	%	%
Santa Catarina	29,8	19,0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	25	37,2
Goiás	25	18,2
Mato Grosso	39,6	41,4
Mato Grosso do Sul	25	0,5

Fonte: SIM/GCIAE/DASIS/SVS/MS
* banco de 2007

Análise Brasil

A média de óbitos infantis investigados no Brasil foi cerca de 21%, resultado considerado pouco expressivo, sendo consequência dos resultados insatisfatórios nos estados.

Para análise do indicador foram utilizados, como fonte de dados, os resultados obtidos no último "banco fechado", publicado nacionalmente, do SIM, ano de 2007. Nesse sentido, os resultados apresentados no Quadro 10 podem diferir dos resultados informados no Sispacto. Essa divergência ocorre devido à possibilidade dos estados terem registrado no sistema os resultados parciais de 2008 ou a fonte dessa informação ser diferente da fonte aqui utilizada (SIM).

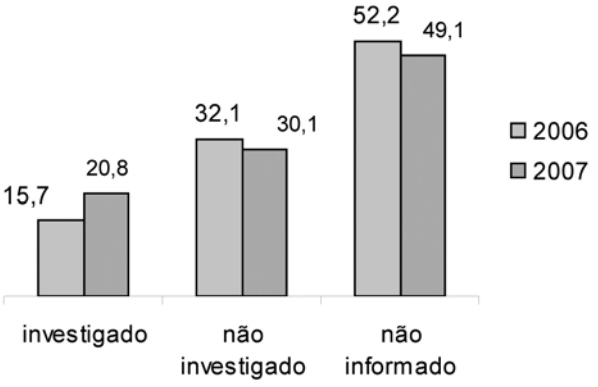
Análise regional e estadual

Comparadas as metas e os resultados, observa-se que apenas quatro Unidades Federadas (Roraima, Ceará, Mato Grosso e Distrito Federal) alcançaram suas metas. O Estado do Rio de Janeiro apresentou resultado bem próximo da meta. Outros estados apresentaram resultados insatisfatórios ou irrisórios: Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Bahia, Rondônia, Pará, Acre, Amazonas e Amapá (Quadro 10). Treze estados apresentaram resultados acima da média nacional.

Comparativo dos resultados 2006 e 2007

Entre 2006 e 2007, ocorreu uma variação positiva para o Brasil, passando de 15,7% para 20,8% a proporção de óbitos investigados (Gráfico 2).

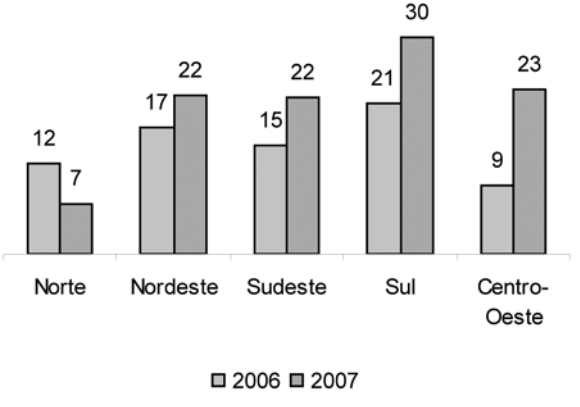
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS INFANTIS, SEGUNDO A INVESTIGAÇÃO, BRASIL, 2006 E 2007.



Fonte: SIM/GCIAE/DASIS/SVS/MS

O Norte foi a única região que não melhorou a investigação do óbito infantil, talvez por influência de um possível aumento da captação das informações sobre os óbitos infantis (Gráfico 3).

GRÁFICO 3: PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS INVESTIGADOS, SEGUNDO A REGIÃO, BRASIL, 2006 E 2007.



Fonte: SIM/GCIAE/DASIS/SVS/MS

Em 2007, os estados que apresentaram valores acima da média nacional foram Roraima, Tocantins, Maranhão, Ceará, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Distrito Federal (Tabela 1).

TABELA 1 – COMPARATIVO DOS RESULTADOS 2006 E 2007 DA PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS INVESTIGADOS E NÃO INFORMADO, SEGUNDO REGIÕES, UNIDADE FEDERADA E BRASIL.

UF de Residência	2006		2007		variação percentual	
	Investigado	Não informado	Investigado	Não informado	Investigado	Não informado
Brasil	**15,7**	**52,2**	**20,8**	**49,1**	**32,2**	**-5,8**
Região Norte	**12,3**	**54,0**	**7,0**	**57,7**	**-43,0**	**6,9**
Acre	10,3	13,8	6,2	22,1	-40,1	60,1
Amapá	1,2	91,6	0,7	95,0	-46,9	3,8
Amazonas	2,9	59,8	1,0	41,6	-66,8	-30,4
Pará	12,5	57,3	6,9	69,2	-45,3	20,7
Rondônia	12,7	39,3	6,9	59,1	-45,3	50,3
Roraima	49,3	16,7	29,9	17,7	-39,3	5,6
Tocantins	31,3	49,8	21,8	46,8	-30,3	-6,0
Região Nordeste	**17,5**	**57,7**	**21,9**	**52,9**	**25,4**	**-8,3**
Alagoas	28,1	63,9	36,7	55,4	30,5	-13,2
Bahia	1,8	89,1	3,0	88,5	62,8	-0,7
Maranhão	18,5	64,2	28,1	53,6	51,8	-16,5
Ceará	19,0	26,2	36,5	23,1	92,6	-12,0
Paraíba	11,3	13,2	9,6	13,4	-15,7	1,8
Pernambuco	47,9	22,1	42,8	27,6	-10,7	25,1
Piauí	8,0	82,8	11,2	67,7	39,1	-18,2
Rio Grande do Norte	5,1	72,0	4,2	80,2	-17,9	11,4
Sergipe	15,0	74,2	24,1	22,1	60,3	-70,2
Região Sudeste	**15,0**	**45,2**	**21,6**	**42,9**	**44,1**	**-5,1**
Espírito Santo	28,1	1,4	33,8	1,7	20,4	21,5
Minas Gerais	10,5	55,3	20,4	53,1	94,6	-3,8
Rio de Janeiro	16,1	24,3	27,8	11,4	72,2	-53,1
São Paulo	15,6	52,7	18,5	54,5	18,3	3,5
Região Sul	**20,6**	**49,4**	**29,8**	**40,6**	**44,5**	**-17,8**
Paraná	39,5	28,2	38,6	37,1	-2,2	31,5
Rio Grande do Sul	0,0	99,7	26,3	59,2	-	-40,7
Santa Catarina	18,5	4,0	19,0	16,8	2,9	322,6

continua

continuação

UF de Residência	2006		2007		variação percentual	
	Investigado	Não informado	Investigado	Não informado	Investigado	Não informado
Região Centro-Oeste	**9,4**	**59,1**	**22,6**	**57,3**	**141,3**	**-3,0**
Distrito Federal	6,6	0,5	37,2	0,2	466,1	-60,6
Goiás	7,9	70,8	18,2	69,5	130,9	-1,8
Mato Grosso	21,4	46,2	41,4	34,4	93,3	-25,6
Mato Grosso do Sul	0,7	98,8	0,5	99,1	-19,9	0,3

Fonte: SIM/GCIAE/DASIS/SVS/MS

Houve progresso no número de óbitos infantis investigados em 14 estados, e em dez estados houve diminuição, segundo informação no SIM. Três estados (Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul) praticamente mantiveram a mesma proporção de óbitos investigados.

Recomendações e observações

Para a melhoria da análise desse indicador é necessário a definição do ano de avaliação e a utilização mais sistemática do SIM como fonte de informação. Além disso, a integração entre as áreas técnicas é importante para que as informações sejam uniformes.

Outra questão a ser observada é a inserção das equipes locorregionais de vigilância epidemiológica na condução desse processo. Nesse sentido, integrar as ações da Vigilância Epidemiológica (VE), dos núcleos hospitalares de VE, das áreas técnicas de Saúde da Criança e da atenção primária é necessário para o sucesso da ação e o alcance de metas.

INDICADOR 8: PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL INVESTIGADOS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	Número de óbitos de mulheres com 10 a 49 anos, residentes, investigados /número de óbitos de mulheres com 10 a 49 anos, residentes no ano considerado x 100	SIM	Investigar no mínimo 75% de óbitos de mulheres em idade fértil

O indicador expressa a proporção de óbitos de mulheres residentes, de 10 a 49 anos, investigados e notificados ao SIM, sobre o total de óbitos de mulheres na mesma faixa etária, residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Esse é um indicador direto da qualidade da vigilância epidemiológica do óbito materno nas estruturas responsáveis por esta ação, além de ser um indicador indireto da qualidade dos dados de mortalidade materna.

Para o cálculo do indicador considera-se o dado do status de investigação, "Sim" ou "Não", no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

QUADRO 11 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL INVESTIGADOS, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2007.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**75**	**37,1**
Região Norte		
Acre	75	42,7
Amazonas	75	2,4
Amapá	75	2,4
Pará	75	8,7
Rondônia	75	16,9
Roraima	75	75,0
Tocantins	75	74,1
Região Nordeste		
Alagoas	75	22,9
Bahia	75	9,8
Ceará	90	49,7
Maranhão	75	37,0
Paraíba	75	47,1
Pernambuco	80	64,3
Piauí	75	59,1
Rio Grande do Norte	75	28,5
Sergipe	75	33,7

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Região Sudeste		
Espírito Santo	75	35,7
Minas Gerais	75	41,5
Rio de Janeiro	75	48,7
São Paulo	75	29,7
Região Sul		
Paraná	90	77,3
Rio Grande do Sul	75	28,4
Santa Catarina	75	23,7
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	90	24,1
Goiás	75	37,8
Mato Grosso	75	63,1
Mato Grosso do Sul	75	34,1

Fonte: SIM/GCIAE/DASIS/SVS/MS
* banco de 2007

Análise Brasil

A média de óbitos de mulheres em idade fértil investigados no Brasil foi cerca de 37%, resultado pouco expressivo considerada a meta de 75%, sendo consequência dos resultados insatisfatórios na maior parte dos estados.

Para análise do indicador foram utilizados, como fonte de dados, os resultados obtidos no último "banco fechado", publicado nacionalmente, do SIM, ano de 2007. Nesse sentido os resultados apresentados no Quadro 11 podem diferir dos resultados informados no Sispacto. Essa divergência ocorre devido à possibilidade dos estados terem registrado no sistema os resultados parciais de 2008 ou a fonte dessa informação ser diferente da fonte adotada neste relatório (SIM).

Análise regional e estadual

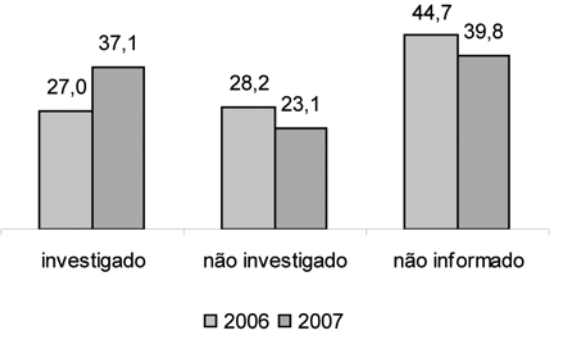
Comparadas as metas e os resultados, apenas o Estado de Roraima alcançou a meta pactuada. O Estado do Tocantins apresentou resultado bem próximo da meta, 74,1% e outros estados apresentaram

resultados bem abaixo do esperado: Amazonas, Amapá, Pará e Bahia (Quadro 11).

Comparativo dos resultados 2006 e 2007

No Brasil, entre os anos 2006 e 2007, ocorreu uma variação positiva da proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, passando de 27% para 37,1% (Gráfico 4).

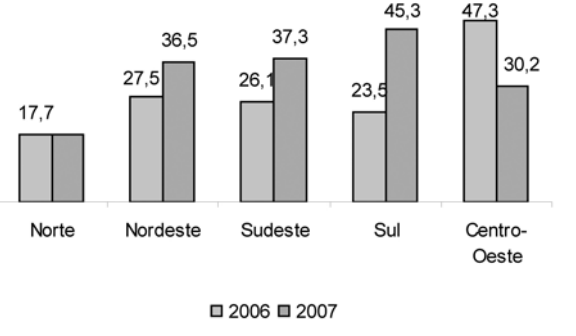
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL, SEGUNDO A INVESTIGAÇÃO, BRASIL, 2006 E 2007



Fonte: SIM/GCIAE/DASIS/SVS/MS

Para este mesmo período verificou-se que as regiões Norte e Centro-Oeste não melhoraram a investigação do óbito de mulheres em idade fértil (Gráfico 5).

GRÁFICO 5 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL INVESTIGADOS, SEGUNDO A REGIÃO, BRASIL, 2006 E 2007.



Fonte: SIM/GCIAE/DASIS/SVS/MS

Em 2007, os estados que apresentaram valores acima da média nacional foram Roraima, Acre, Tocantins, Ceará, Paraíba, Piauí, Pernambuco, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Goiás e Mato Grosso (Tabela 2).

TABELA 2 – COMPATIVO DOS RESULTADOS 2006 E 2007 DA PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL INVESTIGADOS E NÃO INFORMADO, SEGUNDO REGIÕES, UNIDADE FEDERADA E BRASIL.

UF de Residência	2006		2007		variação percentual	
	Investigado	Não informado	Investigado	Não informado	Investigado	Não informado
Brasil	**27,0**	**44,7**	**37,1**	**39,8**	**37,2**	**-11,1**
Região Norte	**17,7**	**53,0**	**17,6**	**53,5**	**-0,2**	**1,0**
Acre	22,3	9,6	42,7	21,8	91,3	126,2
Amapá	1,0	86,9	2,4	93,4	130,1	7,4
Amazonas	9,6	49,0	2,4	36,7	-74,6	-25,2
Pará	11,8	67,3	8,7	71,1	-26,4	5,6
Rondônia	33,3	24,5	16,9	50,2	-49,2	105,2
Roraima	62,1	9,7	75,0	12,1	20,8	25,8
Tocantins	40,3	39,2	74,1	16,6	84,1	-57,7
Região Nordeste	**27,5**	**51,7**	**36,5**	**46,1**	**33,0**	**-10,9**
Alagoas	21,5	72,4	22,9	70,7	6,7	-2,3
Bahia	6,5	86,6	9,8	82,6	52,1	-4,6
Ceará	33,0	28,7	49,7	25,1	50,5	-12,4
Maranhão	33,1	52,3	37,0	47,9	11,6	-8,5
Paraíba	20,2	14,9	47,1	13,7	133,6	-8,2
Pernambuco	59,7	13,0	64,3	14,5	7,6	11,8
Piauí	15,1	76,1	59,1	28,8	291,0	-62,2
Rio Grande do Norte	28,0	52,6	28,5	55,8	1,5	6,2
Sergipe	25,4	64,9	33,7	26,4	32,8	-59,3
Região Sudeste	**26,1**	**40,4**	**37,3**	**36,5**	**42,9**	**-9,5**
Espírito Santo	29,6	2,0	35,7	1,6	20,7	-21,2
Minas Gerais	23,6	47,4	41,5	45,9	75,7	-3,1
Rio de Janeiro	42,7	18,5	48,7	7,8	14,2	-57,6
São Paulo	18,8	51,4	29,7	49,5	57,9	-3,8
Região Sul	**23,5**	**49,4**	**45,3**	**33,1**	**92,9**	**-33,0**
Paraná	45,6	20,0	77,3	12,4	69,7	-38,2
Rio Grande do Sul	0,1	99,6	23,7	60,1	44461,9	-39,7

continua

continuação

UF de Residência	2006		2007		variação percentual	
	Investigado	Não informado	Investigado	Não informado	Investigado	Não informado
Santa Catarina	27,9	5,7	28,4	19,1	1,7	233,1
Centro-Oeste	**47,3**	**30,2**	**40,6**	**37,2**	**-14,3**	**23,2**
Distrito Federal	24,6	1,7	24,1	2,8	-1,8	66,4
Goiás	66,1	20,8	37,8	49,0	-42,8	135,4
Mato Grosso	67,8	11,8	63,1	20,6	-6,9	73,8
Mato Grosso do Sul	2,2	96,9	34,1	60,5	1425,5	-37,5

Fonte: SIM/GCIAE/DASIS/SVS/MS

Recomendações e observações

Para a melhoria da análise deste indicador é necessário a definição do ano de avaliação e a utilização mais sistemática do SIM como fonte de informação. Além disso, a integração entre as áreas técnicas é importante para que as informações sejam uniformes.

Outra questão a ser observada é a inserção das equipes locorregionais de vigilância epidemiológica na condução desse processo. Nesse sentido, integrar as ações da Vigilância Epidemiológica (VE), dos núcleos hospitalares de VE, das áreas técnicas de Saúde da Criança e da atenção primária é necessário para o sucesso da ação e o alcance de metas.

INDICADOR 9: COEFICIENTE DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Coeficiente de mortalidade pós-neonatal	Número de óbitos de residentes entre 28 e 364 dias completos/número total de nascidos vivos de mães residentes X 1.000	SIM-Sinasc	Reduzir a mortalidade pós-neonatal em 6,9%

O coeficiente de mortalidade pós-neonatal, que constitui o menor componente da mortalidade infantil (MI), expressa o número de óbitos de crianças entre 28 e 364 dias de vida por mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado. Esse coeficiente estima o risco da criança morrer, no período correspondente, e sua queda tem sido, nos últimos anos, mais acentuada do que a queda da mortalidade neonatal. Esse é um dos componentes da MI que pode ser mais facilmente reduzido por depender de uma boa assistência básica e de tecnologia mais simplificada.

QUADRO 12 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL, POR REGIÕES, UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2007 E 2008.

UF Residência	Resultado Alcançado 2007	Meta Pactuada 2008	Resultado Alcançado 2008		Resultado Registrado pela UF 2008
	/1000*	%	%	/1000**	/1000***
Brasil	**6,4**	**6,9**	**-6,5**	**6,0**	-
Região Norte	**7,6**	-	**-6,3**	**7,1**	-
Acre	11,0	7,0	2,0	11,2	7,6
Amapá	2,8	4,0	0,6	2,9	17,3
Amazonas	8,5	7,0	-7,0	7,9	6,4
Pará	7,5	7,0	-6,8	7,0	5,7
Rondônia	7,0	7,0	-6,9	6,6	7,0
Roraima	6,5	7,0	0,8	6,5	5,6
Tocantins	8,1	7,0	-7,8	7,5	4,8
Região Nordeste	**8,9**	-	**-6,4**	**8,3**	-
Alagoas	14,7	8,0	-10,4	13,2	6,3
Bahia	6,9	8,0	1,4	7,0	5,1
Ceará	8,0	7,0	-8,3	7,3	1,8
Maranhão	10,3	7,0	-11,3	9,1	4,6
Paraíba	8,7	8,0	5,7	9,2	6,1
Pernambuco	10,3	9,0	-10,0	9,3	6,0
Piauí	7,1	6,0	-6,9	6,7	4,7
Rio Grande do Norte	9,4	7,0	-13,5	8,2	16,3
Sergipe	9,2	9,0	-12,6	8,0	4,9
Região Sudeste	**4,6**	-	**-4,9**	**4,4**	-
Espírito Santo	4,4	6,0	-0,7	4,4	4,3
Minas Gerais	5,2	6,0	-9,1	4,7	6,8
Rio de Janeiro	4,7	6,0	1,7	4,8	4,7
São Paulo	4,2	6,0	-5,3	4,0	4,2
Região Sul	**4,2**	-	**-6,6**	**3,9**	-
Paraná	4,1	4,0	-4,0	4,0	3,9
Rio Grande do Sul	4,4	9,0	-8,5	4,1	9,9
Santa Catarina	4,1	7,0	-12,1	3,6	14,1

continua

continuação

UF Residência	Resultado Alcançado 2007	Meta Pactuada 2008	Resultado Alcançado 2008		Resultado Registrado pela UF 2008
	/1000*	%	%	/1000**	/1000***
Região Centro-Oeste	**5,6**	**-**	**-8,5**	**5,1**	**-**
Distrito Federal	3,2	4,0	26,2	4,0	3,9
Goiás	5,3	6,0	-3,7	5,1	9,1
Mato Grosso	6,1	4,0	-1,9	6,0	4,9
Mato Grosso do Sul	6,9	6,0	-24,4	5,2	5,3

Fonte: SIM/Sinasc/CGIAE/DASIS/ Secretaria de Vigilância à Saúde /Ministério da Saúde.
* Os coeficientes foram calculadas de acordo com os dados do SIM.
** Coeficiente preliminar estimado pela CGIAE em 2 de dezembro de 2009.
*** Coeficiente registrado no Sispacto pelos estados.

Análise Brasil

Em 2008, o Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal no Brasil apresentou uma tendência de queda de 6,5%, um pouco abaixo da meta nacional pactuada de 6,9%, em relação ao ano de 2007.

Para análise do indicador foi utilizado como fonte de dados os coeficientes preliminares estimados para 2008.

Análise regional e estadual

Quando analisados os coeficientes de mortalidade pós-neonatal por Unidade da Federação (UF), observa-se que 19 delas (Alagoas, Amazonas, Ceará, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio Grande do Norte, Rondônia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins) apresentaram queda, três mantiveram-se (Amapá, Espírito Santo e Roraima) e as outras cinco (Acre, Bahia, Distrito Federal, Paraíba e Rio de Janeiro) apresentaram elevação. Merecem destaque pelo desempenho positivo os estados de Alagoas, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Santa Catarina e Sergipe, que reduziram os coeficientes de mortalidade pós-neonatal em mais de 10%. Por outro lado, o Distrito Federal e o Estado da Paraíba, além de não atingirem a meta pactuada, apresentaram aumento nos coeficientes de mortalidade pós-neonatal de aproximadamente 26% e 6%.

A Região Norte, em 2008, apresentou queda de 6,3% no Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal, pouco abaixo da meta Brasil (6,9%), em relação ao ano de 2007. Nesse período, quatro dos seus sete estados (Amazonas, Pará, Rondônia e Tocantins) apresentaram queda superior a 6%; dois mantiveram (Amapá e Roraima) e um (Acre) apresentou elevação do coeficiente em 2%. Vale salientar que, com a melhora da qualidade do registro no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), os coeficientes podem aumentar, a despeito dos progressos que possam estar ocorrendo na prevenção do óbito infantil nesses estados.

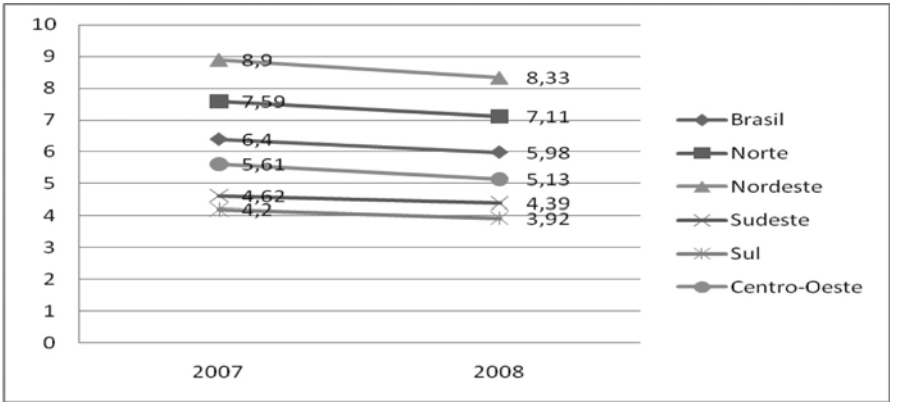
A Região Nordeste apresentou redução de 6,4% do Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal, em relação ao ano de 2007, também um pouco abaixo da meta Brasil. Nesse período, sete de seus nove estados (Alagoas, Ceará, Maranhão, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe) apresentaram queda, exceto os estados da Bahia (1,4%) e da Paraíba (5,8%) que apresentaram aumento dos coeficientes.

No caso da Região Sudeste, em 2008, a queda do Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal foi de 4,9%, quando comparado com a de 2007, o que representou o menor percentual de redução do Brasil, em 2008. O Estado do Espírito Santo permaneceu com o mesmo coeficiente 4,4/1.000. Os estados de Minas Gerais e São Paulo apresentaram queda e o Estado do Rio de Janeiro obteve um aumento de 1,7%.

A Região Sul apresentou, em 2008, redução de 6,6% do Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal, em relação ao ano de 2007, também um pouco abaixo da meta Brasil (6,9%). Nesse período os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresentaram importante redução, 12,1% e 8,5%, respectivamente.

A Região Centro-Oeste apresentou, em 2008, queda do Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal de 8,5%. Foi a única região que ultrapassou a meta de redução estipulada para o Brasil (6,9%), visto a expressiva redução do Mato Grosso do Sul (24,4%), apesar do Distrito Federal ter obtido um aumento significativo de 26,2%. Os estados de Goiás e Mato Grosso também apresentaram percentual de redução nos seus coeficientes.

GRÁFICO 6 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL BRASIL E POR REGIÕES, 2007 E 2008.



Fonte: SIM/Sinasc/CGIAE/DASIS/ Secretaria de Vigilância à Saúde /Ministério da Saúde.

Recomendações e observações

Apesar da redução verificada no período, os coeficientes de mortalidade pós-neonatal ainda são altos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Para acelerar a velocidade de redução do Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal, é preciso investir na contínua qualificação da atenção básica com o apoio dos três níveis de gestão para a melhoria da atenção à saúde da criança.

São fatores fundamentais para a redução do coeficiente de mortalidade pós-neonatal a melhoria do acesso ao acompanhamento qualificado no primeiro ano de vida; a qualificação dos profissionais para o pronto atendimento e para o manejo de crianças em situação de risco, como nos casos de diarreia, pneumonia e desnutrição; um sistema de referência e contrarreferência efetivo e a vigilância/investigação do óbito infantil.

É importante chamar atenção que podem contribuir para as taxas de mortalidade pós-neonatal os casos de crianças que sobreviveram ao período neonatal e vieram a falecer no período pós-neonatal. Isso, na realidade, indicaria uma melhoria na assistência ao recém-nascido gravemente enfermo e não uma pior assistência à criança de 28 a 364 dias de vida.

INDICADOR 10: COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro/Meta Nacional/ Referência
Coeficiente de Mortalidade Neonatal	Número de óbitos de menores de 28 dias/ número de nascidos vivos X 1.000	SIM/Sinasc	Reduzir em 4,3% a mortalidade neonatal

O Coeficiente de Mortalidade Neonatal é um indicador importante porque constitui o maior componente da mortalidade infantil e tem apresentado queda mais lenta em todos os estados em relação ao componente pós-neonatal. Uma das prioridades do Pacto de Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal é a redução da mortalidade neonatal.

QUADRO 13 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL, POR REGIÕES, UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2007 E 2008.

UF Residência	Resultado Alcançado 2007	Meta Pactuada 2008	Resultado Alcançado 2008		Resultado Registrado pela UF 2008
	/1000*	%	%	/1000**	/1000***
Brasil	**13,6**	**4,3**	**-4,5**	**13,0**	**-**
Região Norte	**14,5**	**-**	**-3,6**	**14,0**	**-**
Acre	17,0	5,0	-9,1	15,5	10,2
Amapá	18,0	5,0	-4,0	17,3	2,6
Amazonas	13,0	4,0	-4,2	12,4	10,2
Pará	15,6	5,0	-2,6	15,2	12,5
Rondônia	12,9	4,0	-2,6	12,5	12,1
Roraima	10,1	3,0	-7,2	9,4	9,4
Tocantins	13,3	12,4	-3,3	12,9	0,0
Região Nordeste	**19,8**	**-**	**-7,0**	**18,4**	**-**
Alagoas	26,4	5,0	-4,3	25,3	12,1
Bahia	19,4	5,0	-9,2	17,6	12,9
Ceará	16,3	5,0	-6,1	15,3	3,7
Maranhão	19,8	5,0	-4,1	19,0	9,3

continua

continuação

UF Residência	Resultado Alcançado 2007	Meta Pactuada 2008	Resultado Alcançado 2008		Resultado Registrado pela UF 2008
	/1000*	%	%	/1000**	/1000***
Paraíba	22,3	5,0	-11,9	19,6	13,0
Pernambuco	18,8	5,0	-9,1	17,1	10,9
Piauí	19,0	5,0	-4,7	18,1	13,2
Rio Grande do Norte	20,4	5,0	-1,7	20,1	10,3
Sergipe	20,9	18,5	-2,5	20,3	12,5
Região Sudeste	**9,9**	**-**	**-2,5**	**9,7**	**-**
Espírito Santo	9,4	4	8,1	10,2	10
Minas Gerais	12,2	4	-2,5	11,9	2,5
Rio de Janeiro	10,0	4	-4,3	9,6	10,0
São Paulo	8,8	3	-2,2	8,6	8,9
Região Sul	**8,7**	**-**	**2,3**	**8,9**	**-**
Paraná	9,1	3	2,8	9,4	9,2
Rio Grande do Sul	8,3	3	6,5	8,8	0
Santa Catarina	8,6	4,3	-5,3	8,2	7,3
Região Centro-Oeste	**11,1**	**-**	**-4,2**	**10,7**	**-**
Distrito Federal	7,9	3	1,2	8,0	7,9
Goiás	11,7	4	-4,3	11,2	20,5
Mato Grosso	12,1	4	-4,9	11,5	10,1
Mato Grosso do Sul	12,2	4	-7,6	11,3	11,4

Fonte: SIM/Sinasc/CGIAE/DASIS/ Secretaria de Vigilância à Saúde /Ministério da Saúde.
* Os coeficientes foram calculadas de acordo com os dados do SIM.
** Coeficiente preliminar estimado pela CGIAE em 2 de dezembro de 2009.
*** Coeficiente registrado no Sispacto pelos estados.

Análise Brasil

O Brasil apresentou em 2008 queda de 4,5% do Coeficiente de Mortalidade Neonatal, em relação ao ano de 2007, o que significa um percentual de redução maior que a meta nacional pactuada (4,3%).

Para análise do indicador foi utilizado como fonte de dados os coeficientes preliminares estimados para 2008.

Análise regional e estadual

Em 2008, em comparação ao ano de 2007, 23 Unidades Federadas (Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins) apresentaram redução deste indicador. Porém, em 13 delas (Acre, Alagoas, Bahia, Ceará, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Roraima, Santa Catarina) a redução foi igual ou maior que a meta nacional (4,3%). Ao contrário, os estados Espírito Santo, Paraná e Rio Grande do Sul, além do Distrito Federal, apresentaram aumento desse coeficiente.

Merecem destaque pelo desempenho positivo os estados do Acre, Bahia, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco e Roraima que reduziram os coeficientes de mortalidade neonatal entre 7 e 12%. Por outro lado, os estados do Espírito Santo e o Rio Grande do Sul além de não atingirem a meta pactuada, foram os estados que apresentaram maiores percentuais de elevação do coeficiente de mortalidade neonatal.

A Região Norte apresentou, em 2008, queda de 3,6% do Coeficiente de Mortalidade Neonatal, em relação ao ano de 2007, ficando abaixo da meta nacional. Vale ressaltar que todos os estados da região conseguiram obter percentual de redução do coeficiente, merecendo maior destaque os estados do Acre (9%) e Roraima (7%).

A Região Nordeste apresentou, em 2008, queda (7%) do Coeficiente de Mortalidade Neonatal, ficando superior a média nacional (4,5%) e a Meta Brasil (4,3%). Todos os estados do Nordeste apresentaram queda, com destaque para Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco e Piauí, que obtiveram queda igual ou superior a 4,3%. A redução do coeficiente para a região é um dado bastante positivo, uma vez que contribui para a diminuição das desigualdades regionais, embora o Nordeste ainda apresente os maiores Coeficientes de Mortalidade Neonatal.

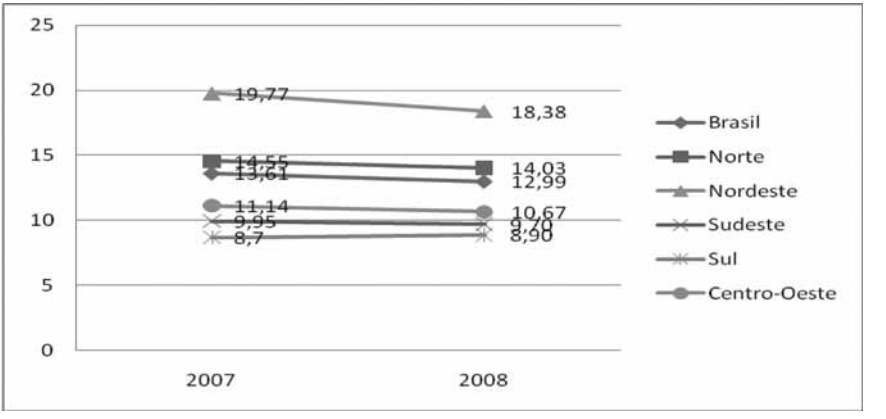
A Região Sudeste, em 2008, apresentou queda de 2,5% do Coeficiente de Mortalidade Neonatal, em relação ao ano de 2007, fi-

cando abaixo da meta nacional. O Estado do Espírito Santo apresentou elevação de 8,1% do coeficiente.

A Região Sul apresentou, em 2008, queda de apenas 2,3% do Coeficiente de Mortalidade Neonatal, em relação ao ano de 2007, ficando também abaixo da meta nacional. Dos estados da região, apenas Santa Catarina apresentou queda, ao contrário do Paraná e Rio Grande do Sul que elevaram seus coeficientes em 2,8% e 6,5%, respectivamente.

A Região Centro-Oeste apresentou, em 2008, queda de 4,2% do Coeficiente de Mortalidade Neonatal, em relação ao ano de 2007, muito próximo da meta nacional. Os estados Mato Grosso do Sul, Goiás e Mato Grosso apresentaram queda e o Distrito Federal além de não atingir a meta pactuada apresentou elevação do coeficiente de mortalidade neonatal.

GRÁFICO 7 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL – BRASIL E POR REGIÕES, 2007 E 2008.



Fonte: SIM/Sinasc/CGIAE/DASIS/ Secretaria de Vigilância à Saúde /Ministério da Saúde.

Cabe ressaltar que os valores ainda são altos, exigindo dos estados maior resposta para redução. É interessante observar que dos seis estados com taxas abaixo de dois dígitos, quatro estados apresentaram ligeira elevação em vez de queda, e em apenas dois estados (Santa Catarina e São Paulo) houve queda, com uma redução de mais que 5% em Santa Catarina. Contudo, um dado bastante positivo é o fato de que a região com maior mortalidade (Nordeste) obteve maior percentual de redução, diminuindo assim as desigualdades regionais.

Outro dado positivo é que a redução da mortalidade neonatal no Brasil vinha reduzindo, de 2000 a 2007, em média 2,8% ao ano, e ao compararmos 2007 e 2008, observamos que a redução foi, em um único ano, de 4,5%. Entretanto, 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.

Recomendações e observações

A partir dos resultados apresentados, recomenda-se o apoio dos três níveis de gestão para a melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, o que pressupõe: investir na cobertura e na qualificação da assistência; garantir vagas nas maternidades; implantar o acolhimento com classificação de risco; oferecer transporte seguro da gestante e/ou recém-nascido, quando necessário; humanizar o parto, o nascimento e o atendimento ao recém-nascido; melhorar a infraestrutura com ampliação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (Utin) e Unidade de Cuidado Intensivo (Ucin) Neonatais e; qualificar os profissionais de saúde para a assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascido.

O Ministério da Saúde desenvolve ações de apoio nos estados e nos municípios por meio do compromisso para acelerar a redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal, com ênfase na redução da mortalidade neonatal e com o auxílio à Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal.

INDICADOR 11: NÚMERO ABSOLUTO DE MORTES INFANTIS INDÍGENAS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro/ Meta Nacional / Referência	Observação
Número absoluto de mortes infantis indígenas	Número de óbitos em menores de 1 ano na população indígena	Siasi	Reduzir em 5% a mortalidade infantil indígena	Este é um indicador pactuado apenas pela União

Esse indicador expressa a redução do número de mortes infantis indígenas, tendo como linha de base o ano de 2005, levando em consideração os números absolutos de óbitos. Pode apresentar grande variabilidade mediante uma maior captação desses eventos, limitando a análise e a interpretação da ocorrência dos óbitos nessa população-alvo.

QUADRO 14 – VARIAÇÃO NO NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO NA POPULAÇÃO INDÍGENA ENTRE OS ANOS DE 2005 E 2008 POR REGIÃO E BRASIL.

REGIÃO	ÓBITOS < 1 ano		
	2005	2008	VARIAÇÃO (%)
Brasil	**705**	**706**	**0**
Norte	377	406	8
Nordeste	76	85	12
Sul-Sudeste	66	52	-21
Centro-Oeste	186	163	-12

Fonte: Siasi

Análise Brasil

Os dados nacionais revelam que não houve redução no número absoluto de óbitos em menores de 1 ano na população indígena entre os anos de 2005 e 2008 (Quadro 14). Por região, houve uma diminuição no número de óbitos nas Regiões Sul-Sudeste (21%) e Centro-Oeste (12%), e um aumento nas regiões Nordeste (12%) e Norte (8%).

Dentre os fatores que podem explicar o não alcance do indicador está o fato de que, ao longo desses anos, a Fundação Nacional de Saúde/MS tem investido na melhoria do Sistema de Informação em Saúde Indígena. O reflexo disso é uma diminuição no sub-registro de óbitos e nascimentos e consequente melhoria na qualidade do dado.

Além disso, é importante ressaltar que um indicador mais apropriado para a análise das mortes infantis indígenas seria a Taxa de Mortalidade Infantil Indígena. A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um indicador que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida, refletindo, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (RIPSA, 2008).

Recomendações e observações

Dentre as ações que a Fundação Nacional de Saúde vem realizando para alcançar a redução do óbito infantil indígena, estão sendo priorizadas:

- Investigação de óbito infantil e fetal indígena por meio das Comissões Distritais com o intuito de conhecer circunstâncias de ocorrência dos óbitos infantis e fetais e propor medidas para melhoria da qualidade da assistência à saúde envolvendo todas as esferas de governo, realizar parcerias intersetoriais e demais ações para sua redução.
- Elaboração de Diretrizes e Protocolo da atenção integral à saúde materno e infantil com enfoque intercultural.
- Capacitação dos profissionais na estratégia da Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas.
- Aumento da cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) e acompanhamento da recuperação do estado nutricional das gestantes e das crianças menores de 5 anos.

- Indicador Complementar

INDICADOR 12: NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Número de casos de sífilis congênita	Número de casos de sífilis congênita	Sinan	Reduzir em 15% o número de casos de sífilis congênita

Para a sífilis congênita o indicador pactuado na Portaria MS/GM nº 325/2008 foi a redução em 15% do número de casos. Esse indicador é importante para o cumprimento da meta de eliminação da doença e avaliação da qualidade do pré-natal.

Desde 1986, a sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória. Os dados sobre a sífilis congênita são obtidos por meio dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

QUADRO 15 – NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	N	N
Brasil	-	**5648**
Região Norte		
Acre	96	77
Amazonas	158	186
Amapá	51	87
Pará	não pactuado	não informado
Rondônia	8	9
Roraima	15	32
Tocantins	49	72
Região Nordeste		
Alagoas	238	203
Bahia	231	205
Ceará	311	496
Maranhão	252	205
Paraíba	115	22
Pernambuco	545	367
Piauí	30	14
Rio Grande do Norte	122	112
Sergipe	68	124
Região Sudeste		
Espírito Santo	143	115
Minas Gerais	não pactuado	não informado
Rio de Janeiro	992	não informado
São Paulo	1139	856
Região Sul		
Paraná	77	86
Rio Grande do Sul	240	317
Santa Catarina	30	23
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	107	90
Goiás	75	43
Mato Grosso	57	61
Mato Grosso do Sul	99	122

Fonte: Sispacto

Análise Brasil

De acordo com as informações apresentadas no Quadro 15, 13 estados apresentaram uma redução no número de casos de sífilis congênita e em 11 estados houve um aumento no número de casos de sífilis congênita em relação ao pactuado. Os estados do Pará e de Minas Gerais não pactuaram este indicador e o Rio de Janeiro não informou os resultados alcançados.

É importante mencionar que esta análise leva em consideração apenas os casos notificados de sífilis congênita. Em 2004, o estudo "Sentinela Parturiente", realizado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, apontou para a existência de uma subnotificação relevante nos casos de sífilis congênita no Brasil.

O estudo estimou uma taxa de prevalência de sífilis em gestantes de 1,6%. Considerando a estimativa de 3.059.402 parturientes a cada ano no País, espera-se um total de 48.000 parturientes com sífilis a cada ano.

Considerando, ainda, uma taxa estimada de transmissão vertical de sífilis de 25%, espera-se um total de 12.000 casos de sífilis congênita a cada ano. No entanto, o número de casos notificados no País, como se pode observar no Quadro 15, é bastante inferior.

A subnotificação compromete a análise real dos dados e, em consequência, o monitoramento da redução dos casos de sífilis congênita no País.

Análise regional e estadual

A comparação entre as regiões do País demonstra que a maior redução no número de casos de sífilis congênita ocorreu no Nordeste – apenas os estados de Ceará e Sergipe apresentaram um aumento no número de casos. Na Paraíba, houve uma redução de 80% no número de casos, em relação à meta pactuada, seguido por Piauí (53%) e Pernambuco (32%).

Na Região Norte, os estados do Amapá, Amazonas, Rondônia, Roraima e Tocantins apresentaram um aumento no número de casos de

sífilis congênita. O Estado do Pará não pactuou o indicador, portanto não informou o dado para o relatório.

No Sudeste do Brasil, o Estado de Minas Gerais não pactuou o indicador complementar e não informou os dados. O Rio de Janeiro, por problemas operacionais, não conseguiu informar seus resultados, deixando em aberto o dado para o relatório Sispacto.

No Sul, os estados do Paraná e do Rio Grande do Sul informaram aumentos expressivos no número de casos de sífilis congênita, em relação à meta pactuada, 11% e 32% respectivamente. No Centro-Oeste, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul também apresentaram um aumento significativo em relação à meta pactuada (7% e 23%), enquanto o Distrito Federal e Goiás apresentaram uma redução no número de casos em relação à meta pactuada 15,9% e 42%.

É importante ressaltar, mais uma vez, que a subnotificação dos casos de sífilis congênita no País compromete a análise real dos dados. O aumento no número de casos de sífilis congênita em alguns estados pode, na verdade, refletir uma melhora na qualidade da notificação e, portanto, da informação sobre a situação epidemiológica.

Recomendações e observações

A assistência ao pré-natal é um momento importante para a detecção e o tratamento dos casos de sífilis em gestantes. Em 2007, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher durante a gestação e o puerpério. O Plano faz as seguintes recomendações aos gestores estaduais e municipais:

- Qualificar profissionais de saúde para a melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal, incluindo a captação precoce das gestantes por Agentes Comunitários de Saúde.
- Qualificar profissionais de saúde para diagnosticar e tratar os parceiros das gestantes.
- Facilitar o acesso das gestantes aos exames necessários durante o pré-natal.
- Sensibilizar e qualificar profissionais da atenção hospitalar ao

parto para a redução da transmissão vertical da sífilis.

- Qualificar os profissionais para notificar os casos de sífilis congênita, de forma a reduzir a subnotificação.

Além disso, verifica-se a necessidade urgente do envolvimento maior dos profissionais e gestores de saúde em melhorar a informação da notificação da sífilis congênita.

INDICADOR 13: TAXA DE CESÁREA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro/Meta Nacional/ Referência
Taxa de Cesárea	Número de partos cesárea/ total de partos X 100	SIH	Reduzir o resultado do ano anterior

O indicador mede a ocorrência de partos cesáreos no total de partos hospitalares do Sistema Único de Saúde, a partir das informações disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). A Taxa de Cesárea é um indicativo da qualidade da atenção ao parto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza taxas populacionais entre 7% e 10%, e não superiores a 15%.

As taxas apresentadas pelo País, há vários anos, sugerem que muitos procedimentos sejam realizados sem indicação clínica, seja materna, seja fetal. Já estão bem documentados os prejuízos à saúde das parturientes e de seus recém-nascidos associados ao excesso de intervenções.

De acordo com o anexo da Portaria MS/GM nº 325/2008, o objetivo principal desse indicador complementar é a redução das taxas de cesáreas, tendo como meta reduzir os números do ano anterior, utilizando como fonte os dados do Sistema de Informações Hospitalares para os tipos de parto.

Ressalta-se que foi proposto pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 466/2000, um Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea. Por esse Pacto, até 2007, a taxa de cesáreas no SUS deveria cair até 25%.

QUADRO 16 – TAXA DE CESÁRIA, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**-**	**33,3***
Região Norte		
Acre	30,0	29,4
Amazonas	25,7	25,5
Amapá	22,2	27,0
Pará	não pactuado	não informado
Rondônia	53,4	58,0
Roraima	32,0	49,2
Tocantins	37,0	30,1
Região Nordeste		
Alagoas	30,0	37,6
Bahia	24,0	26,9
Ceará	30,0	34,2
Maranhão	28,0	20,9
Paraíba	30,0	37,6
Pernambuco	35,0	31,6
Piauí	34,0	36,3
Rio Grande do Norte	31,1	37,4
Sergipe	não pactuado	não informado
Região Sudeste		
Espírito Santo	41,2	40,2
Minas Gerais	não pactuado	não informado
Rio de Janeiro	53,0	56,1
São Paulo	38,0	38,9
Região Sul		
Paraná	15,0	31,5
Rio Grande do Sul	não pactuado	não informado
Santa Catarina	39,1	40,1
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	35,2	37,7
Goiás	45,0	33,0
Mato Grosso	35,0	35,2
Mato Grosso do Sul	48,0	41,2

Fonte: Sispacto
*Dados preliminares atualizados em 15/10/09 – Procedimento 0411010034 – Parto Cesariano e Procedimento 0310010039 – Parto Normal, extraídos em 26/11/09 SIH/MS.

Análise Brasil

Em uma análise nacional, o País não apresentou resultados significativos na redução das cesáreas – a taxa de cesáreas no Sistema Único de Saúde, para o Brasil, no ano 2008, foi de 33,3%.

Análise regional e estadual

Nas cinco regiões do País, de acordo com os resultados apresentados pelas Secretarias Estaduais de Saúde no Sispacto, a maioria dos estados não alcançou a meta pactuada. Dos sete estados do Norte, apenas três alcançaram a meta, e um – Pará – não pactuou uma meta em 2008.

Dos nove estados do Nordeste, apenas dois alcançaram a meta pactuada – Maranhão e Pernambuco. O Sergipe não pactuou uma meta em 2008. No Sudeste, dos quatro estados, apenas o Espírito Santo alcançou a meta. Minas Gerais não pactuou uma meta em 2008.

No Sul, o Rio Grande do Sul não pactuou uma meta em 2008 e os demais estados não alcançaram a meta pactuada. Na Região Centro-Oeste, o Distrito Federal e o Mato Grosso não alcançaram a meta pactuada.

Recomendações e observações

Os resultados descritos acima apontam para a importância do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) persistirem na mobilização e na implementação de ações em apoio à redução das cesáreas sem reais necessidades.

A adesão das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) na conscientização e na orientação de profissionais de saúde que prestam atenção ao parto e ao nascimento também é fundamental para transformar essa realidade. Vale ressaltar, mais uma vez, que as taxas de cesáreas de todos os estados brasileiros estão muito acima do preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Entre as ações necessárias para a redução do número de cesáreas desnecessárias no País destacam-se:

- Monitoramento das taxas de cesárea das instituições hospitalares pelos gestores responsáveis – federal, estaduais ou municipais.
- Qualificação de profissionais para atenção humanizada ao parto normal.
- Promoção de ambiência favorável ao parto normal em acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
- Qualificação da enfermagem obstétrica para a atenção ao parto sem distócias.
- Cumprimento da Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005), que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS.
- Cumprimento da Lei nº 11.634/2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.
- Qualificação da atenção pré-natal realizada pelas equipes de ESF.
- Encaminhamento oportuno das gestantes de risco a serviços especializados.
- Melhoria da qualidade dos sistemas de informações.
- Campanhas de sensibilização para a redução das cesáreas desnecessárias em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

PRIORIDADE IV – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, *INFLUENZA*, HEPATITE E AIDS

- Indicador Principal

INDICADOR 14: TAXA DE LETALIDADE POR FEBRE HEMORRÁGICA DE DENGUE

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Taxa de letalidade por febre hemorrágica da dengue	Número de óbitos confirmados por febre hemorrágica de dengue e síndrome do choque da dengue por local de residência e ano dos primeiros sintomas/número de casos confirmados por febre hemorrágica de dengue e síndrome do choque da dengue por local de residência e ano dos primeiros sintomas X 100	Sinan	6,2

O objetivo desse indicador é acompanhar a ocorrência de casos graves e óbitos por dengue, permitindo à Vigilância Epidemiológica identificar áreas com maior ocorrência de casos e caracterizar os grupos mais acometidos. Com essas informações é possível instrumentalizar a vigilância entomológica no combate ao vetor, a organização da assistência para diagnóstico precoce e tratamento dos casos, evitando a ocorrência de óbitos. Ainda é possível a publicização das informações para orientar as atividades de mobilização social.

QUADRO 17 – TAXA DE LETALIDADE POR FHD, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

Região e UF	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**6,2**	**5,5***
Região Norte		
Acre	2,0	0,0
Amapá	21,4	0,0
Amazonas	2,0	2,8
Pará	13,4	12,0
Rondônia	1,0	0,0
Roraima	1,0	1,0
Tocantins	50,0	2,8

continua

continuação

Região e UF	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Região Nordeste		
Alagoas	5,8	4,3
Bahia	2,0	10,1
Ceará	2,5	3,8
Maranhão	6,3	9,3
Paraíba	2,0	7,7
Pernambuco	2,3	10,8
Piauí	8,0	0,0
Rio Grande do Norte	1,0	4,3
Sergipe	1,5	4,7
Região Sudeste		
Espírito Santo	10,0	8,6
Minas Gerais	15,4	11,0
Rio de Janeiro	50,0	5,7
São Paulo	12,9	0,0
Região Sul		
Paraná	27,7	100,0
Rio Grande do Sul	2,0	0,0
Santa Catarina	2,0	0,0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	14,3	0,0
Goiás	20,0	5,6
Mato Grosso	25,0	17,6
Mato Grosso do Sul	10,2	13,9

Fonte: Sispacto (*Sinan)

Análise Brasil

De acordo com os dados da base Sinan o País manteve a taxa de letalidade por febre hemorrágica da dengue abaixo da meta pactuada.

Entre as 27 Unidades Federadas, dez estados (37%) não alcançaram a meta estabelecida no Pacto pela Saúde.

Análise regional e estadual

De acordo com o Quadro 17, pode-se observar que, na Região Norte, apenas o Estado do Amazonas (14,3%) não alcançou a meta.

Já na Região Nordeste, apenas os estados de Alagoas e Piauí (22,2%) alcançaram a meta.

A Região Sudeste apresentou desempenho de 100%, uma vez que os quatro estados da região alcançaram a meta pactuada. Na Região Sul, o Estado do Paraná (33,3%) não alcançou a meta, e o mesmo aconteceu para o Mato Grosso do Sul (25%), na Região Centro-Oeste.

Recomendações e observações

O descumprimento da meta pactuada pode indicar que não houve organização suficiente dos serviços de assistência ao paciente para atendimento adequado a todos os suspeitos de dengue, inclusive dos casos graves. Deste modo, é recomendável que sejam adotadas as medidas de diagnóstico e manejo clínico e também de organização de serviços, que constam nas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, com destaque para:

- Utilizar a classificação de risco na triagem dos pacientes.
- Estabelecer o protocolo clínico de manejo do paciente e do sistema de referência e contrarreferência.
- Organizar o fluxo de notificação dos casos.
- Investigar imediatamente todos os casos graves e óbitos.
- Realizar o monitoramento viral.
- Manter o Sinan atualizado.
- Implantar a preparação e resposta coordenada no monitoramento da dengue.

A título de observação, ressalta-se que foram encontradas algumas diferenças entre os sistemas Sispacto e Sinan, conforme apresentado no anexo deste relatório.

INDICADOR 15: PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Número de casos novos curados de tuberculose pulmonar bacilíferos BK + residentes em determinado local e diagnosticado em determinado período/número total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos BK+ residentes em determinado local e diagnosticado em determinado período X 100	Sinan	- UF com proporção de cura de 85% ou mais de casos novos de tuberculose bacilíferos diagnosticados na coorte de 2006: aumentar ou ao menos o valor na coorte de 2007. - 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%.	A coorte de início de tratamento para avaliar o ano de 2008, compreende todos os casos que iniciaram tratamento entre abril de 2007 e março de 2008. Levar em consideração a situação no 9º mês, excluindo as meningites nas formas mistas. Para avaliação nacional, foi utilizada a base do Sinan TB referente ao mês de setembro de 2009.

O indicador reflete a eficiência do tratamento da tuberculose, a capacidade operacional do programa de controle e indica a quebra na cadeia de transmissão do agravo, permitindo monitorar e avaliar o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) nas esferas: municipal, estadual e federal.

O indicador de cura tem como dificuldade: a oportunidade da alimentação na base de dados no primeiro nível de informação (município); a transmissão dos dados pelo Sinan para os níveis secundário (estado) e terciário (federal); e a execução da rotina de verificação da duplicidade para correção da base de dados nas esferas municipal e estadual.

QUADRO 18 – PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**85,0**	**64,3***
Região Norte		
Acre	85,0	85,1
Amapá	65,0	52,1
Amazonas	78,5	59,3
Pará	65,0	67,7
Rondônia	75,5	65,0
Roraima	85,0	85,0
Tocantins	80,0	74,5
Região Nordeste		
Alagoas	79,5	71,3
Bahia	73,4	58,5
Ceará	78,8	70,2
Maranhão	77,9	75,6
Paraíba	72,7	59,4
Pernambuco	72,0	60,8
Piauí	65,0	67,0
Rio Grande do Norte	80,7	69,1
Sergipe	81,9	74,5
Região Sudeste		
Espírito Santo	85,0	81,1
Minas Gerais	67,4	68,7
Rio de Janeiro	65,0	59,3
São Paulo	78,0	75,6
Região Sul		
Paraná	65,0	69,4
Rio Grande do Sul	75,0	65,0
Santa Catarina	83,0	74,0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	84,5	84,1
Goiás	65,0	63,6
Mato Grosso	80,0	82,0
Mato Grosso do Sul	84,4	77,0

Fonte: Sispacto (*Sinan)

Análise Brasil

O Brasil, a partir do ano de 2003, apresentou um aumento importante nas taxas de cura dos casos bacilíferos, de 62,7% para 70% no ano de 2007, com uma tendência de aproximação nos percentuais de cura das regiões após o ano de 2005, segundo dados coletados no Sinan e gerados no primeiro nível informatizado. A tendência é que, com a melhora no sistema de informação, o indicador apresente resultados que expressem a realidade, pois no Sinan a avaliação da coorte 2008 apresentou 64,3% de cura quando avaliada a situação até o 9º mês de tratamento, enquanto a situação de encerramento mostra 68% de cura, refletindo a oportunidade no encerramento dos casos ou mesmo o não preenchimento do campo pelo 1º nível de entrada dos dados. Dessa forma, a meta de 85% de cura dos casos novos pulmonares bacilíferas, registrados no Sinan não foi alcançada para o ano de 2008.

O Brasil apresentou os seguintes percentuais para os desfechos dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera: 13% dos casos sem informação, 6% de transferências, 9% de abandono, 4,5% de óbito e 2,9% continuam em tratamento e 0,2% outros desfechos.

Análise regional e estadual

Ao analisar o resultado de tratamento dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera foram identificados estados que apresentaram desfechos inferiores a média nacional na coorte 2008.

Foram identificados com percentuais de "sem informação" e "transferência" superiores a média nacional, os estados do Amapá, Bahia, Pernambuco, Piauí, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul.

Os estados Amazonas, Paraíba, Rio Grande do Norte e Goiás apresentaram percentuais de "sem informação", "abandono" e "transferência" maior que a média nacional.

O Rio Grande do Sul foi o estado que obteve percentual de "abandono" e "transferência" superior a média nacional, enquanto o Rio de Janeiro apresentou percentual de ''abandono" e "sem informação" superior a média nacional.

A Região Sudeste foi a que apresentou maior percentual de cura registrada pelos estados: Espírito Santo com 81,1%; Minas Gerais, 68,7% e São Paulo com 75,6%.

Os Estados do Pará e Sergipe registraram respectivamente, 10,5% e 13,8% de abandono na coorte. O Mato Grosso do Sul registrou 7,2% sem informação e 7,9% de abandono. O Paraná registrou 6,9% sem informação. O Distrito Federal registrou 4,5% sem informação e 9,1% de transferências.

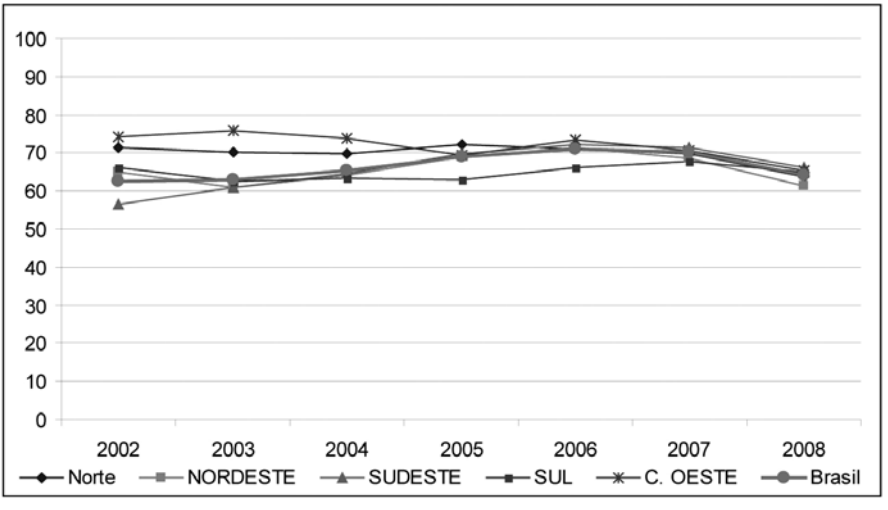
Quanto ao Ceará, os percentuais foram 10,9% sem informação e 6,5% de transferências. O Estado de Alagoas registrou 11,5% sem informação e 6,9% de abandono. O Maranhão registrou 12,4% dos casos sem informação e 9,7% de transferências.

As análises do Brasil e por região foram realizadas com base na informação do Sinan Nacional.

Análise de tendência

A seguir são apresentados os gráficos com as proporções da situação dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera até o 9º mês com a tendência no Brasil e regiões, no período de 2002 a 2008.

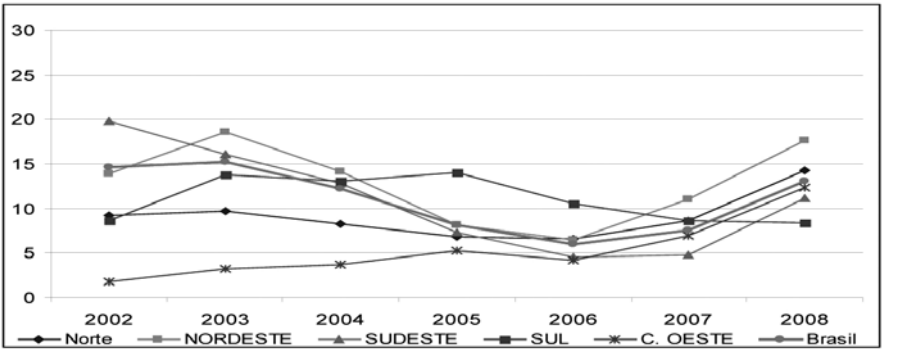
GRÁFICO 8 – PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA, BRASIL E REGIÕES, NO PERÍODO DE 2002 A 2008.



Fonte: MS/SVS/Sinan – set./2009

É possível observar a proximidade dos percentuais de cura em todas as regiões do País. A queda em todos os percentuais de 2007 a 2008 está relacionada a demora na coleta da informação nas unidades de saúde e digitação no Sinan. Com exceção da Região Centro-Oeste, todas as outras elevaram o percentual de cura entre 2005 e 2007.

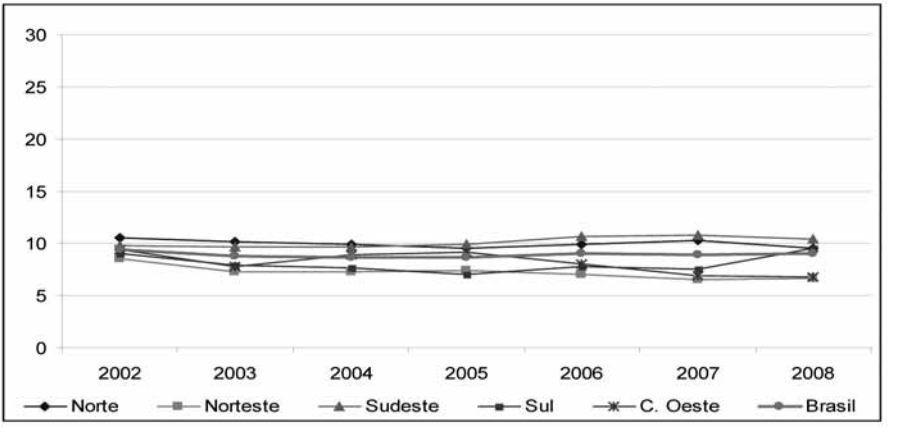
GRÁFICO 9 – PROPORÇÃO DE SEM INFORMAÇÃO DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA, BRASIL E REGIÕES, NO PERÍODO DE 2002 A 2008.



Fonte: MS/SVS/Sinan – set./2009

No Gráfico 9 constatamos a melhoria da qualidade da informação do desfecho do tratamento em todas as regiões, exceto a Centro-Oeste, com consequente aumento nos percentuais de cura. Em 2008 esse valor se eleva devido ao baixo encerramento dos casos no Sinan.

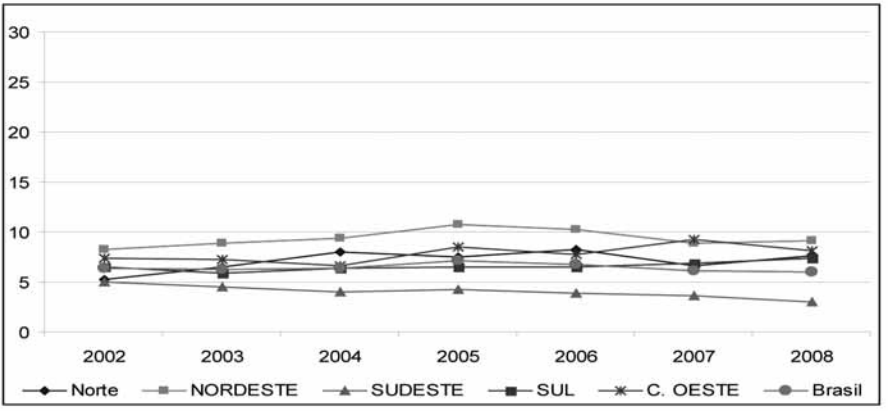
GRÁFICO 10 – PROPORÇÃO DE ABANDONO DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA, BRASIL E REGIÕES, NO PERÍODO DE 2002 A 2008.



Fonte: MS/SVS/Sinan – set./2009

O Gráfico 10 demonstra que o abandono vem se mantendo sem grandes alterações nos estados, embora todas as regiões ainda estejam apresentando valores acima do recomendado pelo PNCT que é de abaixo de 5% de proporção de abandono. Esse valor elevado preocupa o programa devido à possibilidade de geração de casos resistentes ao tratamento de tuberculose no seu esquema básico.

GRÁFICO 11 – PROPORÇÃO DE TRANSFERÊNCIAS DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA, BRASIL E REGIÕES, NO PERÍODO DE 2002 A 2008.



Fonte: MS/SVS/Sinan – set./2009

No Gráfico 11, com as transferências elevadas nas regiões, é possível verificar a necessidade de estados/municípios melhorarem os seus processos de estabilização do banco de dados. A simples vinculação de registro pode vir a reduzir este percentual, com possível aumento da taxa de cura nos locais.

Recomendações e observações

Recomendamos aos estados que não alcançaram a meta que:

- Verifiquem e encerrem os casos que estão sem informação.
- Realizem a rotina de verificação da duplicidade para limpeza da base de dados.
- Verifiquem o desfecho dos casos que estão como transferência no Sinan, porém que não constam os reingressos na base de dados.
- Realizem o tratamento supervisionado.

INDICADOR 16: INCIDÊNCIA PARASITÁRIA ANUAL DE MALÁRIA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Incidência parasitária anual de malária (IPA)	Número de lâminas positivas (casos residentes) para malária/população total residente do ano X 1.000	Sivep – Malária e IBGE	- 10% de incidência da malária reduzida em 2008, em relação a 2007 para AP, RO, RR, PA. - 30% para o AM; 5% para MT e MA. - 25% para o AC e TO manter % de 2007.	O IPA só pode ser medido após encerramento do ano

A Incidência Parasitária Anual de Malária (IPA) é o número de exames positivos de malária, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de ocorrência de malária, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença. Em resumo, é o risco de adoecer por malária. No Brasil, as áreas endêmicas localizam-se na região Amazônica (nove estados), com graus de risco expressos:

1) baixo (≤10,0);
2) médio (10,0–49,9);
3) alto (>50,0).

QUADRO 19 – PERCENTUAL DE REDUÇÃO DO ÍNDICE PARASITÁRIO ANUAL, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**2,2**	**1,7**
Região Norte		
Acre	25,0	46,1
Amapá	10,0	21,8
Amazonas	30,0	41,7
Pará	10,0	9,6
Rondônia	10,0	16
Roraima	10,0	24,6
Tocantins	Manter redução atingida em 2007 (0,1)	0,2

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Região Nordeste		
Maranhão	5,0	0,8
Região Centro-Oeste		
Mato Grosso	5,0	2,0

Fonte: Sispacto

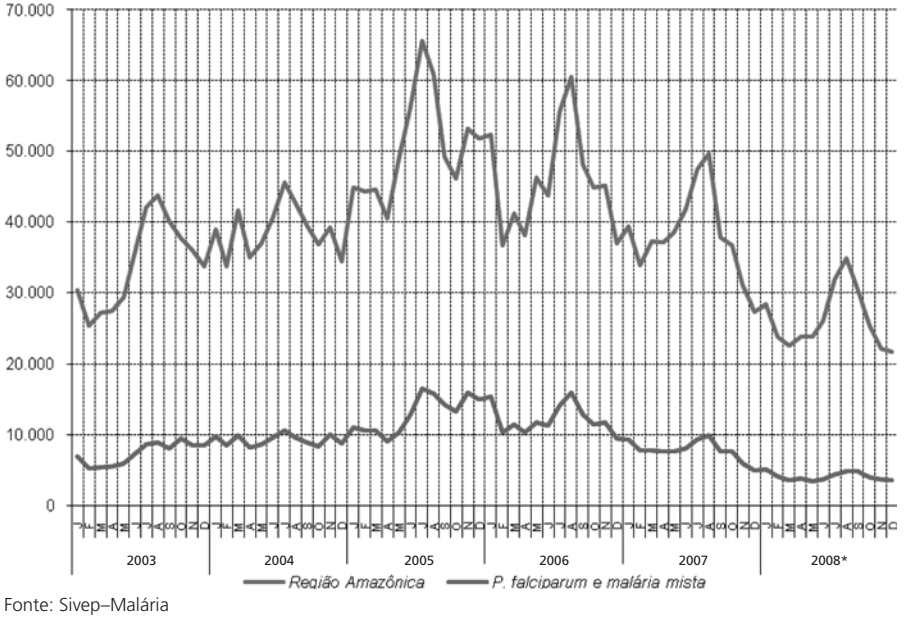
Análise Brasil, regional e estadual

Em 2007 foram registrados 457.659 casos de malária no Brasil, com um IPA de 18,7/1.000 habitantes. Já em 2008, foram 314.830 casos e IPA de 12,6/1.000 habitantes, segundo dados do Sivep–Malária.

De acordo com os dados do Quadro 19, apenas os estados do Pará, Maranhão e Mato Grosso não cumpriram a meta pactuada.

Análise de tendência

GRÁFICO 12 – REGISTRO MENSAL DE CASOS DE MALÁRIA. REGIÃO AMAZÔNICA, 2003 A 2008



Fonte: Sivep–Malária

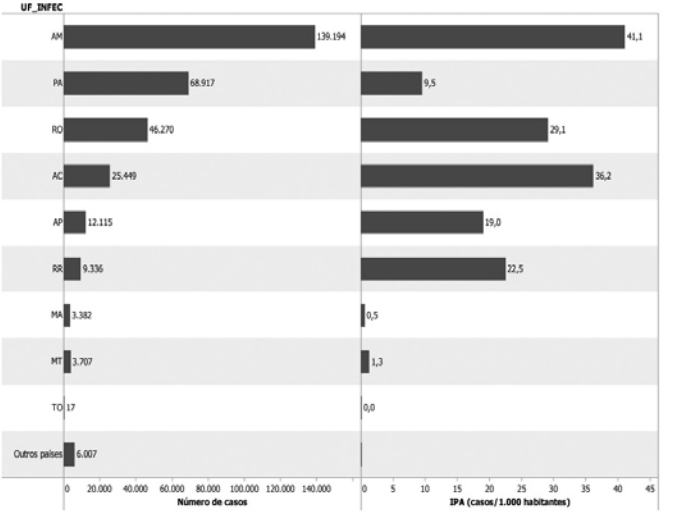
Conforme o Gráfico 12 observa-se que, de uma forma geral, na região Amazônica a transmissão da malária aumenta a partir de julho.

No segundo semestre de 2008, o pico da transmissão ocorreu no mês de setembro, com 4.816 casos. Esse período coincidiu com a estiagem, onde o vetor tem as condições ideais para proliferação. A redução de casos foi observada em todos os meses de 2008, quando comparados a 2007, com uma redução de aproximadamente 48%.

A malária transmitida pelo P. Falciparum, forma mais grave da doença, apresentou uma redução superior ao total de casos (Gráfico 12), com o registro de 93.242 casos em 2007 e 49.065 em 2008, correspondendo a uma redução de 47,4%. Essa redução mais acentuada reflete-se na diminuição da proporção de 19,3% em 2007, para 14,6% em 2008.

Na Amazônia Brasileira o risco de adoecer por malária em 2008 foi maior no Estado do Amazonas (41,1/1.000 hab.). O Estado do Acre (36,2/1.000 hab.) fica em segundo lugar apesar de apresentar menor número de casos positivos por local de provável infecção, quando comparados aos estados do Pará e Rondônia. Os estados que apresentaram menor IPA foram Mato Grosso com (1,3/1.000 hab.) e Tocantins (0,01/1.000 hab.) (Gráfico 13).

GRÁFICO 13 – INCIDÊNCIA PARASITÁRIA ANUAL (IPA) DA MALÁRIA, POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO E REGIÃO AMAZÔNICA, 2008.



Fonte: Sivep–Malária

Em 2008, três estados, Amazonas, Pará e Rondônia, somaram 80% das notificações em toda a região da Amazônia, correspondendo a mais de 200 mil casos registrados. Na Amazônia brasileira, 76% dos municípios da região tiveram casos positivos para malária em 2008, e 79% em 2007.

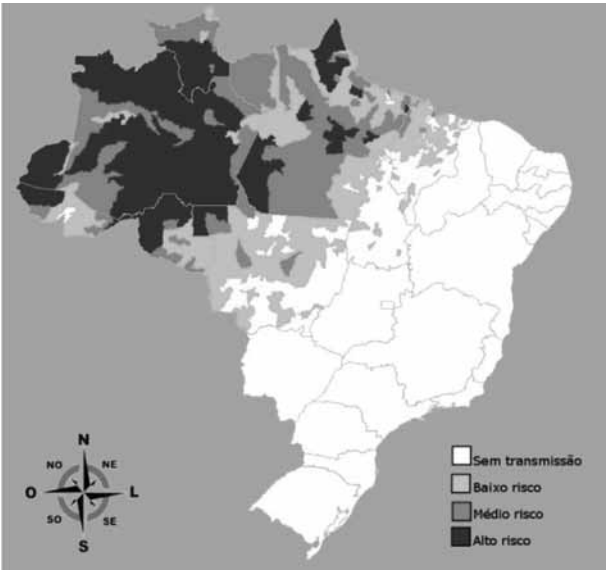
O Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM) registrou queda também no número de internações. Em 2008, 4.145 pessoas foram internadas depois de contrair malária, contra 6.772, em 2007, o que representou redução de 38,8%.

O cumprimento das metas pactuadas está associado à melhor estruturação do Programa nos estados e nos municípios; à expansão da rede de diagnóstico e de tratamento e à mudança do esquema de tratamento para malária por P. Falciparum.

Comparativo dos Resultados 2007 e 2008

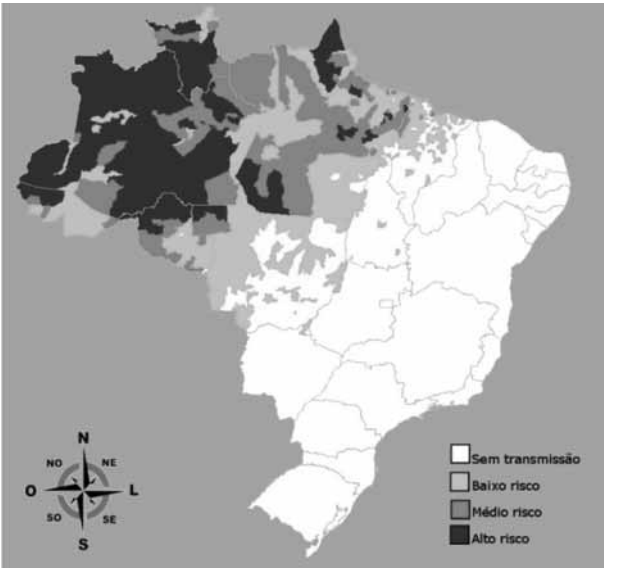
Representação gráfica do IPA por estados:

FIGURA 2 – MUNICÍPIOS DA REGIÃO AMAZÔNICA, CONFORME O IPA, 2007.



Fonte: Sivep–Malária

FIGURA 3 – MUNICÍPIOS DA REGIÃO AMAZÔNICA, CONFORME O IPA, 2008.



Fonte: Sivep–Malária

Nas figuras 2 e 3, pode ser observado que o número de municípios de alto e médio risco diminuiu entre os anos de 2007 e 2008.

Dos nove estados da região Amazônica, apenas Tocantins e Maranhão não apresentaram, em 2008, municípios de alto risco para malária. O Estado do Amazonas apresentou o maior número de municípios classificados como alto risco. As áreas de maior risco, destacadas nas figuras 2 e 3 com a cor mais escura, se concentram em seis estados considerados prioritários pelo PNCM (Acre, Amazonas, Amapá, Roraima, Rondônia e Pará), para os quais as estratégias são diferenciadas e definidas de acordo com as características locais.

Recomendações e observações

O Programa Nacional de Controle da Malária vem registrando redução de IPA no período de 2006 a 2008, como consequência de aperfeiçoamento da operacionalização e do gerenciamento do Programa nos estados e municípios da área endêmica do País.

Para sustentabilidade dos resultados alcançados, recomenda-se aos estados e municípios as seguintes ações estratégicas:

- Fortalecer a inserção das ações de controle da malária na atenção básica de saúde.
- Fortalecer a capacidade de acompanhamento e monitoramento do PNCM.
- Realizar avaliações estaduais e municipais do PNCM.
- Promover a priorização das ações de controle da malária.

INDICADOR 17: PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de cura dos casos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB e MB) e curados até 31/12/2008/total de casos de hanseníase residentes diagnosticados nos anos das coortes X 100	Sinan	85%	A metodologia de coorte é utilizada devido à hanseníase ser uma doença crônica de tratamento prolongado

É um indicador de resultado das atividades de captação de casos e mede a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta, sendo, portanto, de grande relevância, uma vez que a cura reduz os focos de contágio.

As coortes analisadas em 2008 são compostas por 41.322 casos novos de hanseníase, sendo 17.867 paucibacilares diagnosticados em 2007 e 23.455 multibacilares em 2006, conforme dados do Sinan.

QUADRO 20 – PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE NOS ANOS DAS COORTES, QUANTO À META PACTUADA E ALCANÇADA NO PACTO EM 2008, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**85,0%**	**81,3%**
Região Norte		
Acre	98,0	98,4
Amapá	74,0	75,0
Amazonas	82,4	79,6
Pará	87,9	77,7

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Rondônia	90,0	85,5
Roraima	85,5	72,6
Tocantins	83,0	85,5
Região Nordeste		
Alagoas	90,0	82,9
Bahia	85,2	71,9
Ceará	90,0	84,4
Maranhão	82,0	79,3
Paraíba	90,9	78,0
Pernambuco	83,0	81,0
Piauí	87,2	81,5
Rio Grande do Norte	81,6	76,1
Sergipe	91,3	86,1
Região Sudeste		
Espírito Santo	94,4	87,5
Minas Gerais	89,7	86,5
Rio de Janeiro	89,2	85,0
São Paulo	83,0	83,7
Região Sul		
Paraná	85,5	89,1
Rio Grande do Sul	95,0	79,1
Santa Catarina	78,4	88,0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	81,0	85,2
Goiás	80,0	72,0
Mato Grosso	84,0	82,8
Mato Grosso do Sul	91,3	87,6

Fonte: Meta pactuada – Sispacto; Resultados – Sinan

Análises Brasil

Conforme o Quadro 20, a meta do indicador percentual de cura de hanseníase nas coortes para o Brasil em 2008 foi de 85,0%, tendo obtido 81,3%, correspondendo a um alcance de 95,6%. Os estados que alcançaram um percentual igual ou maior que a meta nacional foram: Acre, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rondônia, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins.

Para verificar o alcance da meta pactuada pelos estados foram considerados os percentuais disponibilizados pelas coordenações estaduais do Programa de Controle da Hanseníase, que utilizaram como fonte de dados a base estadual do Sinan. A adoção dessa fonte ocorreu devido a apenas 10 estados (37%) terem atualizado essa informação no Sispacto: Acre, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Roraima. Assim, nesses estados, as informações entre o relatório e o Sispacto estão compatíveis (ver quadro no anexo deste relatório).

Análise regional e estadual

No que se refere às metas pactuadas nos estados por região, observa-se que na Região Norte o percentual mínimo pactuado foi no Amapá, 74,0%, máximo no Acre, 98,0%, com uma média de 85,8% para a região.

Na Região Nordeste esses percentuais oscilaram entre 81,6%, no Rio Grande do Norte e 91,3% em Sergipe, com média de 86,8%.

Na Região Centro-Oeste, Goiás pactuou 80,0% e Mato Grosso do Sul 91,3%, com média de 84,1%.

Na Região Sudeste, São Paulo e Espírito Santo pactuaram, respectivamente, 83,0% e 94,4%, média de 89,1%.

Na Região Sul, Santa Catarina e Rio Grande do Sul previram, respectivamente, 78,4% e 95,0%, com média de 86,3%.

Portanto, a região com maior média de percentual pactuado foi a Sudeste, seguida da Nordeste; e as com melhores resultados foram a Sudeste com média percentual de 85,7%, seguida da Sul, 85,4%; a Nordeste teve o menor desempenho, 80,1%.

A análise do alcance da meta pactuada por estado demonstra que sete estados (26%) atingiram a meta pactuada, sendo o Acre, Amapá, Distrito Federal, Paraná, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins; 15 estados (56%) alcançaram resultados igual ou acima de 90%, como o Amazonas, Alagoas, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Rio de Janeiro, Sergipe, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Minas Gerais,

Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Rondônia; e cinco estados (18%) obtiveram valores abaixo de 90%, sendo a Bahia, Pará, Paraíba, Roraima e Rio Grande do Sul.

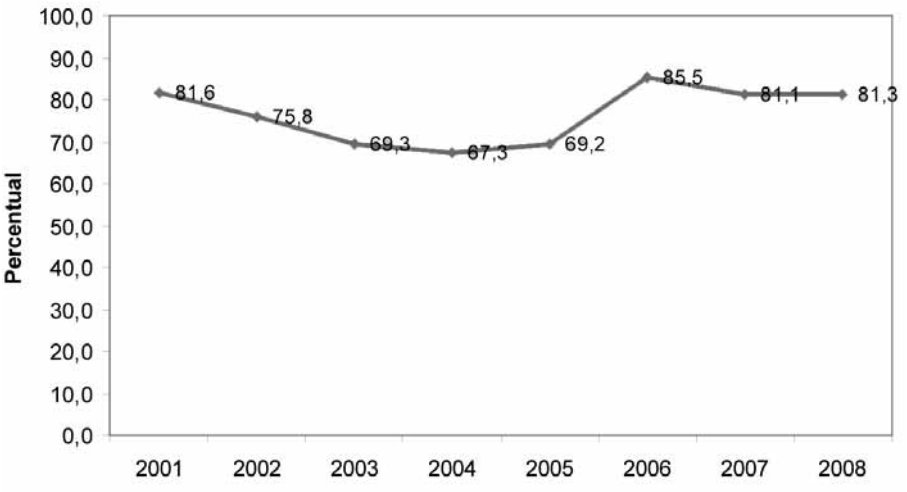
Dentre os principais fatores envolvidos no desempenho negativo desse indicador destacam-se os relacionados ao Sistema de Informação, tais como as mudanças operacionais que acompanharam a atualização do Sinan, problemas de recebimento dos dados e de operacionalização, fragilidade no monitoramento dos dados de acompanhamento do paciente de hanseníase e intermitência do tratamento.

As estratégias utilizadas para obter melhores resultados são as assessorias técnicas em Sistema de Informação, o monitoramento de indicadores com retroalimentação para estados e o controle social em diversos espaços de discussão, a realização e apoio a cursos do Sinan, com enfoque para a hanseníase, e debate ampliado sobre a importância do indicador em diversos fóruns de discussão das ações do Programa.

Análise de tendência

No Gráfico 14, são apresentados os percentuais de cura nas coortes de casos novos de hanseníase, somando paucibacilares (PB) e multibacilares (MB) dos anos de 2001 a 2008, para o Brasil. A média do percentual de cura no período foi 76,3%, oscilando entre 67,3%, em 2004 a 85,5%, em 2006. No período de 2001 a 2005, observam-se um decréscimo dos percentuais, seguido de incremento de 23,5%, de 2005 para 2006, mantendo a classificação regular, conforme parâmetros oficiais.

GRÁFICO 14 – PERCENTUAL DE CURA NAS COORTES DE HANSENÍASE, NO BRASIL – 2001 A 2008.



Fonte: Sinan/MS

Recomendações e observações

Diante dos resultados encontrados, recomenda-se:

- Intensificar o monitoramento desse indicador nos três níveis de gestão, visando aumentar o percentual de cura nas coortes dos casos novos de hanseníase e assim a qualidade da atenção à saúde desses usuários.
- Realizar capacitações permanentes em hanseníase pelos serviços de vigilância em saúde dos estados e municípios.
- Realizar monitoramento trimestral das coortes no Sinan pelas Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.
- Realizar as rotinas de vigilância conforme "Roteiro para Uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net Hanseníase" (duplicidades, inconsistências, boletim de acompanhamento mensal, encerramento oportuno para paucibacilares e multibacilares).

INDICADOR 18: PROPORÇÃO DE AMOSTRAS CLÍNICAS COLETADAS DO VÍRUS *INFLUENZA* EM RELAÇÃO AO PRECONIZADO

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado	Soma do número de amostras coletadas para diagnóstico de vírus influenza nas unidades sentinelas da UF no período/ soma do número preconizado de amostras para diagnóstico de vírus influenza nas unidades-sentinela da UF no mesmo período x100	Sivep–Gripe	Meta – 80%	Início da implantação progressiva das unidades sentinelas em 2000

Esse indicador permite avaliar o desempenho das unidades sentinelas que integram a vigilância da influenza no Brasil quanto à realização das coletas de amostras clínicas para diagnóstico laboratorial de vírus respiratórios, incluindo o vírus influenza. Está preconizado que cada unidade sentinela colete e envie para o Laboratório Central (Lacen) cinco amostras semanais de secreção de nasofaringe de pacientes que apresentem quadro clínico compatível com a síndrome gripal.

Considerando a situação epidemiológica atual e o conhecimento da circulação do vírus influenza no País, é de extrema importância que toda a rede já implantada esteja atuante, principalmente na captação de amostras para a identificação dos vírus respiratórios responsáveis pela ocorrência de casos de síndrome gripal. Espera-se que esta rede esteja funcionando como um sistema de alerta precoce, subsidiando a análise e identificação de possíveis modificações no comportamento epidemiológico da influenza, apoiando também as ações de enfrentamento de uma pandemia de influenza.

QUADRO 21 – PROPORÇÃO DE AMOSTRAS CLÍNICAS COLETADAS PARA DIAGNÓSTICO DO VÍRUS *INFLUENZA* EM RELAÇÃO AO PRECONIZADO, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**80,0**	**39,4**
Região Norte		
Acre	80,0	55,8
Amapá	80,0	0,0
Amazonas	80,0	29,0
Pará	80,0	11,2
Rondônia	80,0	76,0
Roraima	80,0	38,8
Tocantins	80,0	4,4
Região Nordeste		
Alagoas	80,0	13,1
Bahia	80,0	49,4
Ceará	80,0	28,1
Maranhão	80,0	14,4
Paraíba	80,0	21,0
Pernambuco	80,0	90,0
Piauí	80,0	24.6
Rio Grande do Norte	80,0	5,5
Sergipe	80,0	11,0
Região Sudeste		
Espírito Santo	80,0	84,2
Minas Gerais	80,0	30,1
Rio de Janeiro	80,0	0,4
São Paulo	80,0	95,1
Região Sul		
Paraná	80,0	41,3
Rio Grande do Sul	80,0	51,7
Santa Catarina	80,0	20,1
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	80,0	14,4
Goiás	80,0	21,6
Mato Grosso	80,0	0,0
Mato Grosso do Sul	80,0	95,0

Fonte:Sivep–Gripe

Análise Brasil

No Quadro 21, podem ser observados os resultados do indicador para o Brasil e cada Unidade Federada (UF). Em 2008, o País encerrou o ano com 39,4% das coletas preconizadas para o diagnóstico de influenza na rede sentinela.

Para análise desse indicador foi utilizada como fonte de dados a base nacional do Sivep–Gripe. A divergência observada entre os dados deste indicador informados no Sispacto e no Sivep–Gripe estão apresentadas no anexo deste relatório. Uma das justificativas para essa divergência pode ser o momento em que o dado foi captado do sistema, quando as atualizações ainda não tinham sido concluídas.

Análise regional e estadual

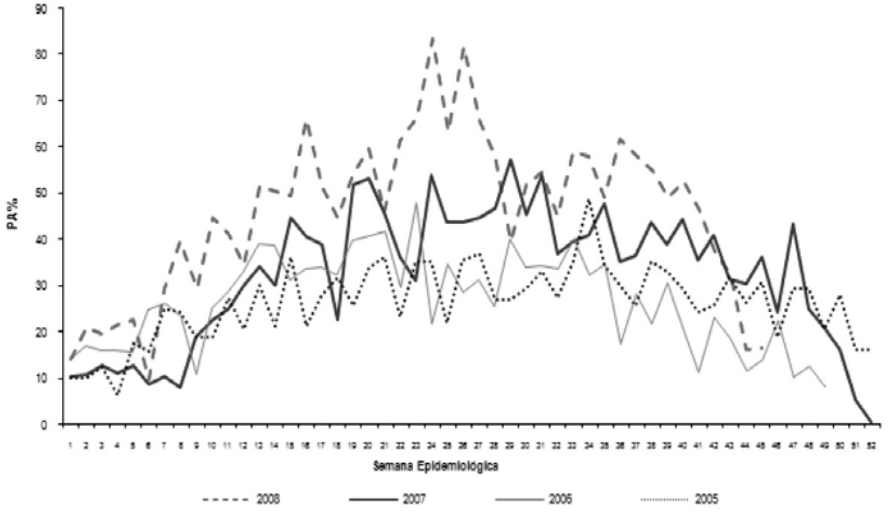
Observa-se que há oscilações deste indicador entre os estados, variando entre 0 e 95,1%.

Apenas quatro estados (Pernambuco, Espírito Santo, São Paulo e Mato Grosso do Sul) atingiram a meta pactuada para este indicador. Os estados do Amapá e Mato Grosso não registraram nenhuma coleta no Sivep–Gripe em 2008. Das demais Unidades Federadas, cinco atingiram mais que 50% (Acre, Rondônia, Bahia, Paraná e Rio Grande do Sul) e 16 ficaram abaixo de 50% neste indicador.

Análise de tendências

No Gráfico 15, estão apresentadas as curvas para este indicador por Semana Epidemiológica, para os anos 2005 a 2008. Nele podemos observar que, em 2008, houve uma melhora do indicador na maioria das Semanas Epidemiológicas, quando comparado aos anos anteriores. Vale destacar o alcance da meta de 80% em apenas duas SE (24 e 26), fato não observado nos anos anteriores.

GRÁFICO 15 – DISTRIBUIÇÃO DO INDICADOR SOBRE AMOSTRAS COLETADAS, SEGUNDO SEMANA EPIDEMIOLÓGICA, BRASIL, 2005 – 2008



Fonte: Sivep–Gripe

Comparativo dos resultados 2007 e 2008

QUADRO 22 – COMPARATIVO ENTRE OS RESULTADOS 2007 E 2008 PARA PROPORÇÃO DE AMOSTRAS CLÍNICAS COLETADAS PARA DIAGNÓSTICO DO VÍRUS *INFLUENZA* EM RELAÇÃO AO PRECONIZADO, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL.

UF Residência	Resultado Alcançado 2007	Resultado Alcançado 2008
	%	%
Brasil	**25,4**	**39,4**
Região Norte		
Acre	71,9	55,8
Amapá	0,0	0,0
Amazonas	48,5	29,0
Pará	15,0	11,2
Rondônia	56,0	76,0
Roraima	10,7	38,8
Tocantins	21,2	4,4
Região Nordeste		
Alagoas	0,0	13,1
Bahia	27,7	49,4
Ceará	11,9	28,1

continua

continuação

UF Residência	Resultado Alcançado 2007	Resultado Alcançado 2008
	%	%
Maranhão	0,0	14,4
Paraíba	32,9	21,0
Pernambuco	66,0	90,0
Piauí	6,5	24.6
Rio Grande do Norte	10,0	5,5
Sergipe	9,2	11,0
Região Sudeste		
Espírito Santo	4,8	84,2
Minas Gerais	14,0	30,1
Rio de Janeiro	2,3	0,4
São Paulo	44,7	95,1
Região Sul		
Paraná	32,7	41,3
Rio Grande do Sul	50,1	51,7
Santa Catarina	8,2	20,1
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	25,0	14,4
Goiás	39,6	21,6
Mato Grosso	0,0	0,0
Mato Grosso do Sul	51,2	95,0

Fonte: Sivep–Gripe

A comparação dos resultados de 2008 com o ano anterior revela que, em 2008, houve aumento do número de amostras coletadas (6.324 amostras), segundo dados do Sivep–Gripe. Em 2008, novas unidades sentinelas foram implantadas na rede da vigilância de influenza, que podem ter influenciado esse aumento.

Em 2007, nenhum estado do Brasil conseguiu atingir a meta de 80%. Destaca-se para a Região Norte, o Estado do Amapá que não coletou nenhuma amostra para os anos de 2007 e 2008.

Dos nove estados da Região Nordeste, dois não realizaram coletas no ano de 2007, ocorrendo uma melhora no ano de 2008, onde todos tiveram amostras coletadas. Entretanto apenas o Estado de Pernambuco conseguiu mais de 80% de amostras coletadas (90%).

Na Região Sudeste, todos estados tiveram coleta de amostras em 2007 e 2008. O Estado do Espírito Santo, que apresentou apenas 4,8% de amostras coletadas em 2007, conseguiu atingir a meta (84,2%) em 2008. O Estado de São Paulo avançou bastante de um ano para outro e conseguiu cumprir também a meta pactuada (95,1%).

Na Região Sul, todos os estados tinham amostras em 2007 e 2008, mas nenhuma conseguiu atingir meta pactuada.

Para a Região Centro-Oeste, o Estado de Mato Grosso continuou sem registrar coleta de amostras e o Estado de Mato Grosso do Sul atingiu a meta, alcançando 95% de coleta de amostras no ano de 2008. Para o Distrito Federal e Goiás observou-se queda no percentual de coletas.

Recomendações e observações

Diante da avaliação deste indicador nos últimos anos e a irregularidade do desempenho observado entre as Unidades Federadas, recomenda-se monitorar e identificar possíveis entraves para um melhor desempenho das unidades sentinelas no que se refere à coleta de amostra para identificação viral entre casos de síndrome gripal.

Esse diagnóstico deverá subsidiar a área técnica nas decisões sobre priorização de ações de supervisão e aprimoramento da vigilância da influenza sazonal.

INDICADOR 19: PROPORÇÃO DE CASOS DE HEPATITES B E C CONFIRMADOS POR SOROLOGIA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia	Número de casos de hepatite B + hepatite C + hepatite B e C confirmados por sorologia reagente residentes em determinado local e diagnosticados em determinado período/ número de casos de hepatite B + hepatite C + hepatite B e C, residentes em determinado local e diagnosticados em determinado período.	Sinan	UF com linha de base: < 69% atingir 75%; de 70–79% atingir 80%; de 80–89% atingir 90%; de 90–95% atingir 95%; acima de 95% manter.

A mensuração desse indicador implica no potencial fortalecimento da vigilância no que diz respeito aos processos de investigação

e conclusão dos casos suspeitos de hepatite B e C uma vez que a realização das sorologias são imperativas para a confirmação dos mesmos. Possibilita ainda a ampliação da testagem, pressupõe o aumento na detecção de casos e consequente notificação; proporciona a melhoria da qualidade dos dados no Sinan; e subsidia o planejamento de ações relacionadas à prevenção e ao controle dessas doenças.

QUADRO 23 – PROPORÇÃO DE CASOS DE HEPATITES B E C CONFIRMADOS POR SOROLOGIA, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**95,0**	**89,6**
Região Norte		
Acre	95,0	97,7
Amapá	75,0	88,6
Amazonas	75,0	98,0
Pará	75,0	97,4
Rondônia	90,0	88,0
Roraima	90,0	99,0
Tocantins	75,0	81,9
Região Nordeste		
Alagoas	75,0	80,1
Bahia	80,0	89,4
Ceará	80,0	64,6
Maranhão	75,0	83,1
Paraíba	75,0	33,7
Pernambuco	75,0	73,4
Piauí	75,0	100,0
Rio Grande do Norte	75,0	73,3
Sergipe	95,0	93,9
Região Sudeste		
Espírito Santo	90,0	90,0
Minas Gerais	75,0	78,9
Rio de Janeiro	75,0	75,0
São Paulo	90,0	96,0

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Região Sul		
Paraná	95,0	100,0
Rio Grande do Sul	90,0	92,6
Santa Catarina	95,0	94,2
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	90,0	89,0
Goiás	90,0	87,8*
Mato Grosso	75,0	75,3
Mato Grosso do Sul	90,0	98,6

Fonte: Sispacto * Valor referente a base nacional, em março de 2010.

Análise Brasil

No Brasil, a proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia no ano de 2008 foi de 89,6%, de acordo com a base nacional (Sinan/DEVEP/SVS/MS, dados atualizados em 10/12/2009). Embora a maioria dos casos das hepatites B e C tenham sido encerrados por meio da realização do exame sorológico, persiste ainda um resíduo da ordem de 10,4% de casos ditos confirmados, mas que não atendem às exigências necessárias a tal critério. Considerou-se aqui os resultados dos marcadores HBsAg e anti-HBc IgM para hepatite B, e o anti-HCV para hepatite C.

Análise regional e estadual

Observa-se que 18 (66,6%) Unidades Federadas alcançaram suas respectivas metas, sendo que na Região Sudeste todas mantiveram esse padrão. As demais Unidades Federadas (33,3%) – Rondônia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte Sergipe, Santa Catarina, Distrito Federal, Goiás não alcançaram a meta proposta. Destaca-se que dentre estas, cinco pertencem à Região Nordeste.

Recomendações e observações

Diante dos resultados apresentados recomenda-se:

- Monitoramento dos casos notificados no Sinan quanto a realização dos exames sorológicos considerando o prazo de encerramento de 180 (cento e oitenta) dias.
- Para os estados que não alcançaram as metas é necessário o fortalecimento da vigilância no que diz respeito aos processos de investigação e conclusão dos casos suspeitos por meio de capacitações em vigilância epidemiológica, estruturação da rede de laboratórios promovendo o fluxo e resultados de exames em tempo oportuno.

INDICADOR 20: TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade	Número de casos de aids diagnosticados em menores de 5 anos em um determinado ano e local de residência/população total residente de menores de 5 anos de idade nesse mesmo ano X 100.000	Sinan/IBGE	Redução de 15% na taxa de incidência de aids em menores de 5 anos, quando comparada ao ano de 2005.

A incidência de aids em menores de 5 anos expressa a taxa de transmissão vertical do HIV e a sua redução significa que as medidas de melhoria da qualificação do pré-natal estão surtindo o efeito desejado. Assim, o indicador permite: avaliar a magnitude e a tendência da transmissão vertical do HIV; analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de aids, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença; e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da transmissão vertical do HIV/aids.

QUADRO 24 – TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	/100.000	/100.000
Brasil	**3,1**	**2,6**
Região Norte		
Acre	14,0	1,1
Amazonas	2,9	2,3
Amapá	3,0	2,3
Pará	2,4	2,4
Rondônia	2,0	3,1
Roraima	1,6	1,8
Tocantins	1,7	1,4
Região Nordeste		
Alagoas	2,9	2,5
Bahia	1,8	2,5
Ceará	1,1	1,6
Maranhão	3,4	2,1
Paraíba	1,7	1,2
Pernambuco	3,7	2,6
Piauí	1,3	0,9
Rio Grande do Norte	4,0	3,1
Sergipe	2,7	2,3
Região Sudeste		
Espírito Santo	4,1	2,7
Minas Gerais	1,9	1,5
Rio de Janeiro	15,0	5,1
São Paulo	3,1	1,9
Região Sul		
Paraná	2,7	2,9
Rio Grande do Sul	8,7	4,6
Santa Catarina	1,73	1,1
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	2,6	0,9
Goiás	1,4	0,8
Mato Grosso	3,9	0,0
Mato Grosso do Sul	1,5	0,0

Fonte: * Casos notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom

Análise Brasil, regional e estadual

A taxa de incidência de aids em menores de 5 anos passou de 3,1/100.000 habitantes para 2,6/1000.000 habitantes com redução de 16,2%.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Departamento de DST/ Aids e Hepatites Virais de dezembro de 2008, em todas as regiões do País houve redução da taxa de incidência de aids em menores de 5 anos. Essas reduções foram de 20%; 10%; 24%; 10% e 21% para o Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, respectivamente.

Na análise dos estados, pode-se observar que alguns apresentaram aumento da taxa de incidência nessa faixa etária como Rondônia, Roraima, Bahia, Ceará e Paraná. Chama atenção a queda acentuada ocorrida no Estado de São Paulo, no período de 2007 e 2008. Interessante observar que os dados provenientes do Boletim Epidemiológico são dados de bancos relacionados (Sinan, SIM, Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – Siscel e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – Siclom) o que diminui a possibilidade de existirem problemas relacionados à subnotificação e/ou ao seu atraso.

Recomendações e observações

Para a redução da taxa de incidência de aids em menores de 5 anos recomenda-se a implantação/implementação do Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis, e a capacitação de pessoal em vigilância epidemiológica da transmissão vertical do HIV e sífilis.

É importante, para que não ocorram efeitos da subnotificação de casos por intermédio do Sinan, que os dados de incidência em menores de 5 anos sejam notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom. Os dados dos bancos relacionados estão apresentados no Boletim Epidemiológico AIDS/DST que estão na página <www.aids.gov.br>.

PRIORIDADE V – PROMOÇÃO DA SAÚDE

- Indicador Principal

INDICADOR 21: PREVALÊNCIA DE SEDENTARISMO EM ADULTOS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Prevalência de sedentarismo em adultos	Número de adultos por capital (≥ 18 anos) que não praticam qualquer atividade física/população adulta (≥ 18 anos) de cada capital de UF	Vigitel	0,5% de redução na prevalência de adultos sedentários em relação ao ano anterior (nacional). A redução da prevalência para cada estado e capitais apresenta variação – verificar série histórica no instrutivo dos indicadores.

O indicador Prevalência de Sedentarismo em Adultos é aferido pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)[2], que mensura a quantidade de indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses, não realizaram esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocaram para o trabalho ou escola a pé ou de bicicleta e não foram responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

A inatividade física é uma das maiores preocupações da saúde neste século e um dos principais fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que podem responder pelas altas taxas de morbimortalidade no Brasil. Nesse sentido, as evidências mais recentes apontam para a importância de que os governos conduzam a implantação de ações intersetoriais que tornem a cidade convidativa à prática da atividade física no tempo livre, atrelada à construção e/ou ampliação da percepção da população sobre os benefícios da atividade física para a saúde.

O indicador foi mensurado nos 27 entes federados e é utilizado como proxy, ou seja, não permite inferência para o estado ou região, mas permite estimar a situação atual de saúde em adultos naquele território.

[2] Relatório anual disponível no endereço eletrônico: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIGITEL2008_web.pdf.

QUADRO 25 – PREVALÊNCIA DE SEDENTARISMO EM ADULTOS EM CAPITAIS POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**28,3**	**17,4**
Região Norte		
Acre	28,7	19,3
Amazonas	26,6	17,0
Amapá	25,5	15,4
Pará	28,5	20,7
Rondônia	29,4	15,2
Roraima	25,1	14,4
Tocantins	26,4	11,0
Região Nordeste		
Alagoas	30,5	22,3
Bahia	28,5	16,9
Ceará	29,4	16,9
Maranhão	29,5	20,7
Paraíba	32,5	21,2
Pernambuco	32,3	21,7
Piauí	31,4	17,6
Rio Grande do Norte	29,1	22,0
Sergipe	32,4	19,7
Região Sudeste		
Espírito Santo	30,2	17,0
Minas Gerais	27,5	16,0
Rio de Janeiro	29,4	16,2
São Paulo	28,3	18,2
Região Sul		
Paraná	28,0	15,0
Rio Grande do Sul	29,4	13,1
Santa Catarina	32,0	14,2
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	26,5	15,1
Goiás	26,1	14,3
Mato Grosso	25,4	15,3
Mato Grosso do Sul	26,0	17,3

Fonte: Meta Pactuada – Sispacto; Resultados – Vigitel

Análise Brasil, regional e estadual

Para pactuação das metas em 2008 foram utilizados os resultados do Sispacto de 2007. No entanto, cabe advertir que este método de cálculo foi alterado, por consenso com especialistas da área de atividade física, para a análise dos resultados a partir de 2008.

Assim, os resultados nacionais e por regiões do País foram revistos, e por isso diferem dos dados inseridos pelos estados no Sispacto. Dessa forma, não foi possível analisar o alcance de metas da prevalência de sedentarismo em adultos em 2008, visto os diferentes métodos de cálculo utilizados na pactuação e na apuração dos resultados.

Comparativo dos resultados 2007 e 2008

QUADRO 26 – COMPARATIVO DOS RESULTADOS 2007 E 2008 DA PREVALÊNCIA DE SEDENTARISMO EM ADULTOS EM CAPITAIS POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL.

UF Residência	Resultado 2007	Resultado 2008
	%	%
Região Norte		
Acre	15,6	19,3
Amazonas	13,0	17,0
Amapá	11,5	15,4
Pará	13,2	20,7
Rondônia	11,7	15,2
Roraima	12,2	14,4
Tocantins	12,1	11,0
Região Nordeste		
Alagoas	15,5	22,3
Bahia	14,7	16,9
Ceará	14,7	16,9
Maranhão	14,8	20,7
Paraíba	16,1	21,2
Pernambuco	14,8	21,7
Piauí	16,2	17,6
Rio Grande do Norte	14,5	22,0
Sergipe	13,2	19,7

continua

continuação

UF Residência	Resultado 2007	Resultado 2008
	%	%
Região Sudeste		
Espírito Santo	14,4	17,0
Minas Gerais	11,5	16,0
Rio de Janeiro	12,9	16,2
São Paulo	15,0	18,2
Região Sul		
Paraná	10,1	15,0
Rio Grande do Sul	13,6	13,1
Santa Catarina	12,8	14,2
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	12,3	15,1
Goiás	12,2	14,3
Mato Grosso	11,6	17,3
Mato Grosso do Sul	13,2	15,3

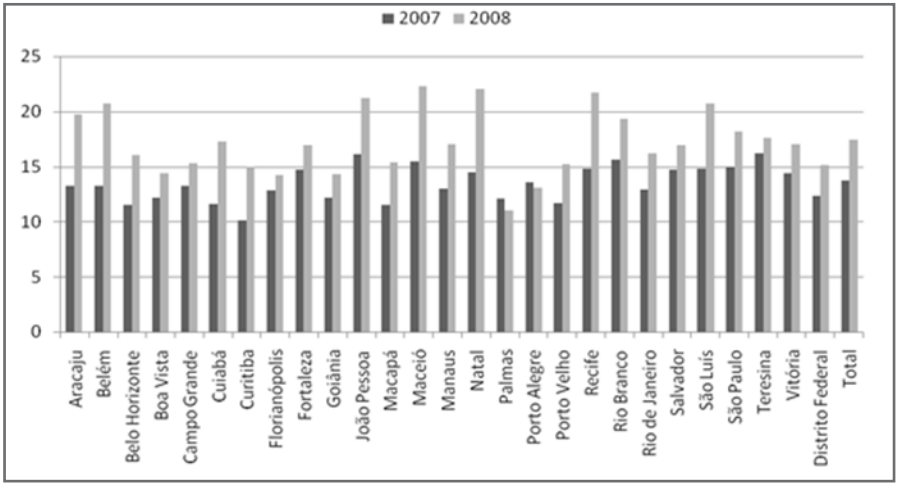
Fonte:Vigitel, 2007 e 2008

O Ministério da Saúde considera que a base de informações do indicador de inatividade física é representativa para a população adulta (≥ 18 anos) residente nas capitais brasileiras e o Distrito Federal, avaliando-se os quatro domínios de atividade física monitorados pelo Vigitel (atividade física no tempo livre, no ambiente doméstico, na ocupação e no deslocamento).

De acordo com os dados obtidos em 2008, a prevalência de sedentarismo em adultos em capitais, para o Brasil foi de 17,4%, variando entre os percentuais de 11,0% em Palmas e 22,3% em Maceió.

A observação dos dados para as capitais segundo as regiões do Brasil, evidencia que a maior frequência de população adulta considerada fisicamente inativa nas seguintes capitais: Belém para a Região Norte, Maceió para Região Nordeste, São Paulo para a Região Sudeste, Curitiba para a Região Sul e Cuiabá para a Região Centro-Oeste. A comparação entre regiões informa que as maiores prevalências foram encontradas nas regiões Norte e Nordeste.

GRÁFICO 16 – PERCENTUAL DE ADULTOS (≥ 18 ANOS) FISICAMENTE INATIVOS SEGUNDO AS CAPITAIS DOS ESTADOS BRASILEIROS E DISTRITO FEDERAL. VIGITEL, 2007 E 2008.



Fonte: Vigitel, 2007 e 2008

A estratificação de indivíduos fisicamente inativos por capital do País aponta que houve oscilações entre os anos de 2007 e 2008, com crescimento na prevalência de sedentarismo para a maioria das capitais do Brasil, a exceção de Palmas/TO e Porto Alegre/RS, que apresentaram pequena redução nesse período.

Recomendações e observações

O crescimento verificado na prevalência de sedentarismo no Brasil e em grande parte das capitais brasileiras de 2007 para 2008 serve de alerta e reforça a necessidade de estabelecimento de políticas públicas que incentivam a prática de atividade física, especialmente no tempo livre ou lazer.

Assim, a construção de espaços públicos como praças, ciclovias e programas como as Academias das Cidades, podem ser implantados pelos municípios juntamente a programas de educação em saúde, que estimulem as pessoas a praticar mais exercícios físicos, de forma saudável e orientada, tornando as escolhas saudáveis mais fáceis e as mudanças de comportamento factíveis.

INDICADOR 22: PREVALÊNCIA DE TABAGISMO

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Prevalência de Tabagismo	Número de adultos por capital (≥ 18 anos) que fumam/população adulta (≥ 18 anos) de cada capital de UF	Vigitel	0,5% de redução na prevalência de adultos fumantes em relação ao ano anterior (nacional). A redução da prevalência para cada estado e capitais apresenta variação– verificar série histórica no instrutivo do Pacto.

Este indicador refere-se ao percentual de adultos residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, avaliados no ano de 2008, pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)[3]. Verifica a prevalência de fumantes nesta população, considerando fumante atual o indivíduo que relatou o hábito de fumar, independente do número de cigarros, da frequência e da duração.

O tabagismo, antes visto como um estilo de vida, é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. Considerado como problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo aumenta o risco de morbimortalidade por doenças coronarianas, por hipertensão arterial, por acidente vascular encefálico, por bronquite, por enfisema, assim como por diversos tipos de câncer. Além disso, essa forma de dependência química é responsável por importantes custos sociais, econômicos e ambientais.

O indicador prevalência de tabagismo foi mensurado nos 27 entes federados e é utilizado como proxy, ou seja, não permite inferência para o estado ou região, mas permite estimar a situação atual de saúde em adultos naquele território.

[3] Relatório anual disponível no endereço eletrônico: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIGITEL2008_web.pdf.

QUADRO 27 – PREVALÊNCIA DE TABAGISMO POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**15,5**	**16,1**
Região Norte		
Acre	20,0	18,0
Amazonas	15,8	13,5
Amapá	17,4	16,0
Pará	14,2	13,5
Rondônia	16,0	17,9
Roraima	16,5	17,3
Tocantins	19,5	13,1
Região Nordeste		
Alagoas	12,2	9,7
Bahia	11,0	10,0
Ceará	14,4	11,7
Maranhão	12,9	10,3
Paraíba	14,8	11,5
Pernambuco	15,4	10,4
Piauí	14,7	12,8
Rio Grande do Norte	13,0	12,7
Sergipe	12,0	12,0
Região Sudeste		
Espírito Santo	14,7	13,0
Minas Gerais	15,5	19,2
Rio de Janeiro	15,3	16,6
São Paulo	19,5	20,9
Região Sul		
Paraná	18,0	18,2
Rio Grande do Sul	21,2	19,4
Santa Catarina	20,1	17,5
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	17,0	15,8
Goiás	13,3	14,0
Mato Grosso	14,0	13,7
Mato Grosso do Sul	15,9	18,8

Fonte: Vigitel, 2008.

Análise Brasil, regional e estadual

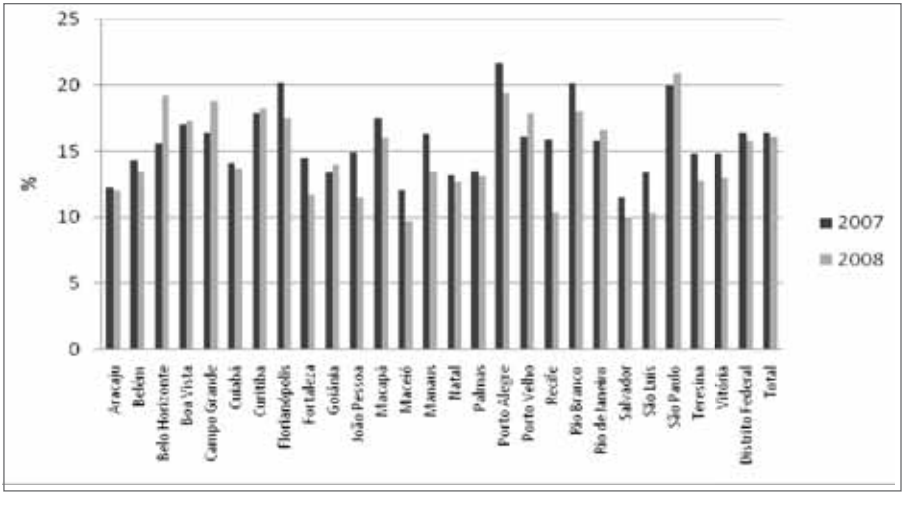
Segundo dados do Vigitel para o ano de 2008, no conjunto da população analisada, o tabagismo apresentou uma prevalência de 16,1%, variando entre 9,7% em Maceió/AL e 20,9% em São Paulo/SP.

A observação dos dados para cada uma das capitais, segundo região do Brasil, informa que a maior prevalência de fumantes é encontrada em Rio Branco para a Região Norte, em Teresina para a Região Nordeste, em São Paulo para a Região Sudeste, em Porto Alegre para a Região Sul e em Campo Grande para a região Centro-Oeste. Se considerados os conjuntos das capitais por bloco regional, as maiores prevalências de tabagismo no Brasil estão concentradas nas regiões Sudeste e Sul.

As metas definidas para este indicador no processo de pactuação de 2008 foram alcançadas na Região Norte pelos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará e Tocantins; na Região Nordeste por todos os estados; na Região Sudeste, apenas o Espírito Santo; na Região Sul o Rio Grande do Sul e Santa Catarina e na Região Centro-Oeste o Distrito Federal e Mato Grosso.

Comparativo dos resultados 2007 e 2008

GRÁFICO 17 – PERCENTUAL DE ADULTOS (≥ 18 ANOS) FUMANTES SEGUNDO AS CAPITAIS DOS ESTADOS BRASILEIROS E DO DISTRITO FEDERAL. VIGITEL, 2007 E 2008.



O Gráfico 17 apresenta pouca variação entre os anos de 2007 e 2008 no que diz respeito às estimativas de fumantes, por capital do País. Em 2008, o tabagismo atingiu 16,1% da população residente nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, dos quais 4,9% declararam fumar 20 ou mais cigarros por dia. Todavia, enquanto se observa a redução na prevalência de tabagismo, entre 2007 e 2008, na maioria das capitais brasileiras percebe-se um aumento em pequenas proporções em: Belo Horizonte, Boa Vista, Campo Grande, Curitiba, Goiânia, Porto Velho, Rio de Janeiro e São Paulo.

Recomendações e observações

As estimativas do Vigitel reforçam a tendência de declínio do tabagismo conforme avaliação de estudos anteriormente realizados no País, tais como a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, realizada em 1989 (IBGE, 1990), que mostrou prevalência de 34,8%; o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, realizado em 16 capitais brasileiras (2002–03) (INCA, 2004); e a Pesquisa Mundial de Saúde, realizada em 2003 (SZWARCWALD; VIACAVA, 2005), que apresentaram 21%; e a recente pesquisa Petab/Pnad (IBGE, 2010), que revelou 17,2% de prevalência na população do Brasil e estados.

Contudo, cabe alertar que, apesar da situação de declínio que foi demonstrada pelo comportamento do indicador adotado na pactuação, oito capitais não alcançaram a meta pactuada em 2008. Nesse sentido, recomenda-se a utilização de estratégias para prevenção da experimentação e apoio à cessação do tabagismo, de modo que essa tendência de queda seja contínua e uniforme em todas as capitais do Brasil.

- Indicador Complementar

INDICADOR 23: PROPORÇÃO DE ESTADOS/CAPITAIS/MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS COM NÚCLEOS DE PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de estados/capitais/ municípios Prioritários com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde	23 a. União: Número de estados com Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde implantados/nº total de capitais X100 23 b.União: Número de capitais com Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde implantados/nº total de capitais X100 23 c. Estados: Número de municípios prioritários da UF com Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde implantados/nº total de capitais X100	Questionário Linha de Base – Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde – online/ FormSUS.	- 50% dos estados com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados, conforme Portaria nº 936/2004 (nacional). - 70% das capitais com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados, conforme Portaria nº 936/2004 (nacional). - 60% dos municípios prioritários com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados, conforme a Portaria nº 936/2004 (nacional). - Para as Unidades Federadas o indicador proporção de municípios prioritários com Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde terá meta definida localmente conforme a distribuição dos municípios prioritários (ver instrutivo dos indicadores).	77,7%. dos estados com NPVPS implantados. 96,3%. De capitais com NPVPS implantados. 71%. De municípios prioritários com NPVPS implantados.

O indicador adotado para pactuação em 2008 expressa o número de entes federados (estados, capitais e municípios prioritários) que implantaram Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NPVPS). Esses núcleos foram constituídos por meio da Portaria MS/GM nº 936/2004, e têm por objetivo articular ações das três esferas de gestão, instituições acadêmicas e organizações não governamentais para o trabalho da prevenção da violência.

QUADRO 28 – PROPORÇÃO DE ESTADOS/CAPITAIS/MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS COM NÚCLEOS DE PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência		Meta Pactuada	Resultado Alcançado
		%	%
Brasil	**Estado**	**50,0**	**77,7**
	Capitais	**70,0**	**96,3**
	Municípios	**60,0**	**71,0**
Região Norte			
Acre		100,0	100,0
Amazonas		100,0	100,0
Amapá		100,0	100,0
Pará		não pactuado	não pactuou, mas tem um NPVPS implantado em município prioritário
Rondônia		100,0	100,0
Roraima		50,0	50,0
Tocantins		100,0	100,0
Região Nordeste			
Alagoas		100,0	100,0
Bahia		60,0	60,0
Ceará		34,0	68,0
Maranhão		100,0	100,0
Paraíba		não pactuado	mas tem 100% de NPVPS prioritários implantados.
Pernambuco		67,0	83,5
Piauí		100,0	100,0
Rio Grande do Norte		100,0	100,0
Sergipe		100,0	100,0
Região Sudeste			
Espírito Santo		100,0	100,0
Minas Gerais		não pactuado	60% de NPVPS prioritários implantados.
Rio de Janeiro		50,0	41,5
São Paulo		65,0	78,0
Região Sul			
Paraná		29,0	58,0
Rio Grande do Sul		40,0	60,0
Santa Catarina		100,0	100,0

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	100,0	100,0
Goiás	34,0	68,0
Mato Grosso	100,0	100,0
Mato Grosso do Sul	100,0	100,0

Fonte: FormSUS; Portaria MS/GM nº 2.981, de 9/12/2008; Portaria MS/GM nº 3.230, de 21/12/2007; Edital 6 SVS, de 20/12/2006.

Análise Brasil

A apuração dos resultados considerou os estados, capitais e municípios prioritários que implantaram NPVPS a partir do incentivo financeiro do Ministério da Saúde, seja por meio da publicação de editais públicos ou portarias de repasses financeiros.

O País possui hoje 255 NPVPS que integram a Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde. Destes, 16 estão em Instituições Acadêmicas e 2 estão em Organizações Não Governamentais. As Secretarias Municipais de Saúde totalizam 216 NPVPS e as Secretarias Estaduais de Saúde 21, todos com financiamento pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria MS/GM nº 936/2004, até o ano de 2008.

Para análise dos resultados sobre o comportamento desse indicador foram adotadas as seguintes fontes de informação: FormSUS; Edital 06 SVS, de 20 de dezembro de 2006; Editais nºs 5, de 24 de outubro de 2007 e nº 6, de 12 de novembro de 2007; Portaria MS/GM nº 3.230/2007; e Portaria MS/GM nº 2.981/2008. Nesse sentido as divergências entre as informações dessas fontes e os dados registrados pelos estados no Sispacto podem ser verificadas no anexo deste relatório.

Análise regional e estadual

Em 2008, a proporção de estados com NPVPS implantados foi de 77,7%.

À exceção do Estado do Rio de Janeiro, todos os estados e capitais atingiram as metas pactuadas. Não pactuaram o indicador os estados do Pará, da Paraíba e de Minas Gerais, embora tenham NPVPS implantados.

A proporção de capitais com NPVPS, para o ano de 2008, foi de 96,3% e para os municípios prioritários foi de 71% (da lista de 104 municípios prioritários apenas 30 não implantaram os seus NPVPS).

Recomendações e observações

A partir dos resultados apresentados neste relatório, para o ano de 2008, recomenda-se que, nos processos de planejamento das ações e serviços de saúde, desenvolvidos pelas instituições gestoras do SUS, sejam adotadas e mantidas as diretrizes definidas na Portaria MS/GM nº 737/2001: promoção e adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

PRIORIDADE VI – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

- Indicador Principal

INDICADOR 24: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção da população cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família	População cadastrada no Siab* (Modelo de Atenção ESF) em determinado local e período/População no mesmo local e período X 100.	Siab/ IBGE	27.988 Equipes de Saúde da Família implantadas, correspondendo a 45% da população coberta.	Tipos de equipe: ESF, ESF com saúde bucal modalidade I, ESF com saúde bucal modalidade II

O indicador reflete, em termos percentuais, a população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família(ESF) nos estados e municípios. Baseia-se no cadastro da população da área de abrangência de atuação das equipes de saúde da família no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab).

Este indicador pode ser utilizado para avaliação da Estratégia de Saúde da Família enquanto eixo prioritário e orientador para a estrutu-

ração da atenção básica no País. Além disso, é útil, também, para analisar a situação dos cadastros da população adscrita, no que se refere à atualização dos mesmos, e contribuir para o planejamento da implantação de novas equipes. Permite, ainda, acompanhar e avaliar variações geográficas existentes na cobertura das equipes de saúde da família no País.

Organizar a atenção básica, por meio da estratégia saúde da família, além de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, permite garantir longitudinalidade do seguimento da população pelas equipes de saúde; integralidade da atenção; coordenação do cuidado pelas equipes da ESF; estabelecimento de vínculo entre equipe de saúde e população; responsabilização, humanização e participação social, atributos essenciais para uma Atenção Básica resolutiva, com capacidade para promover melhores resultados em indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, maior equidade em saúde, além de custos mais efetivos para o sistema de saúde (BRASIL, 2006a).

QUADRO 29 – PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**45,0**	**48,0***
Região Norte		
Acre	52,0	61,2
Amapá	60,0	64,6
Amazonas	41,0	53,3
Pará	32,0	34,5
Rondônia	40,0	41,3
Roraima	68,0	70,0
Tocantins	77,0	82,0
Região Nordeste		
Alagoas	71,0	73,0
Bahia	53,5	50,7
Ceará	62,0	77,6
Maranhão	69,0	76,0
Paraíba	86,0	88,7

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Pernambuco	70,0	71,5
Piauí	93,0	91,7
Rio Grande do Norte	80,0	76,2
Sergipe	91,0	98,3
Região Sudeste		
Espírito Santo	48,0	50,2
Minas Gerais	60,0	56,6
Rio de Janeiro	30,0	24,7
São Paulo	27,0	27,4
Região Sul		
Paraná	50,0	50,9
Rio Grande do Sul	28,0	32,1
Santa Catarina	75,0	70,4
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	10,0	8,7
Goiás	51,0	59,9
Mato Grosso	61,0	61,4
Mato Grosso do Sul	55,0	54,0

Fonte: Sispacto (*Siab)

Análise Brasil

O Brasil alcançou a meta proposta de 45% da população cadastrada na ESF para o ano de 2008, ultrapassando em 6,6% a expectativa de atingimento/alcance da meta apresentada no momento da pactuação, obtendo resultado igual a 48%. O resultado apresentado traduz um aumento de 2,1%, quando comparado ao ano 2007 (47%).

Para a realização da análise dos resultados desse indicador foi utilizado o Sispacto como fonte de informação. As diferenças encontradas entre os resultados contidos no Sispacto e os dados informados pelo Siab são apresentadas no anexo deste relatório. Essas divergências podem ter sido ocasionadas por dificuldades no processo de extração

dos dados das bases nacionais ou ainda por falta de alimentação e/ou atualização do Siab, conforme relatado por alguns estados.

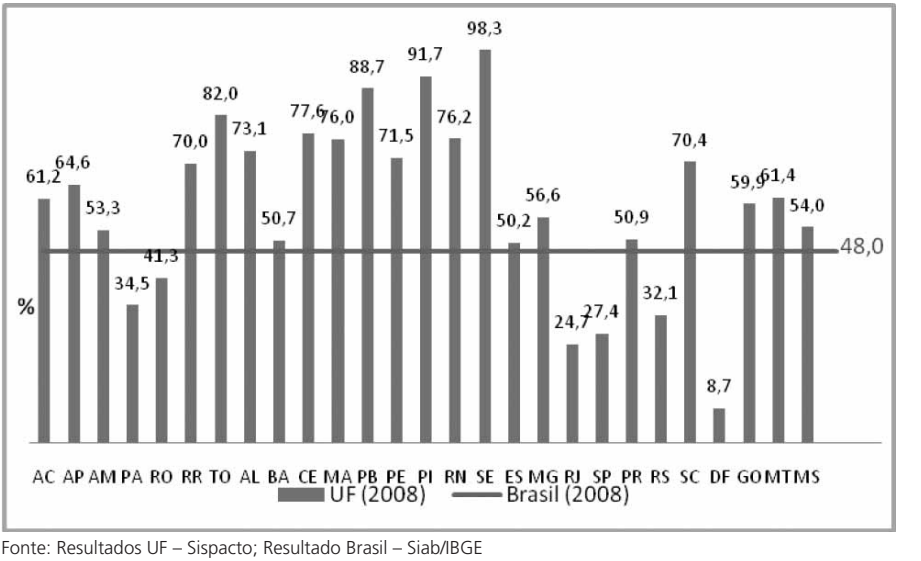
Análise regional e estadual

Na Região Norte todos os estados conseguiram atingir ou superar a meta pactuada em 2008. Nas regiões Sul e Nordeste, 66% dos estados alcançaram as metas propostas. Já nas regiões Sudeste e Centro-Oeste esse percentual foi de 50% dos estados.

A análise estadual mostra que a maioria dos estados obteve resultados satisfatórios em relação à meta pactuada, correspondendo a 70,4%.

O Gráfico 18 apresenta o desempenho dos estados em relação ao resultado nacional. Pode-se observar que 21 unidades da federação (77,8%) estão acima da média alcançada pelo Brasil, que representa 48% de cobertura. Os estados do Pará, Rondônia, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, além do Distrito Federal, apresentaram resultados abaixo da média nacional.

GRÁFICO 18 – PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS ESTADOS E NO DISTRITO FEDERAL COMPARADA COM A MÉDIA NACIONAL. BRASIL, 2008.



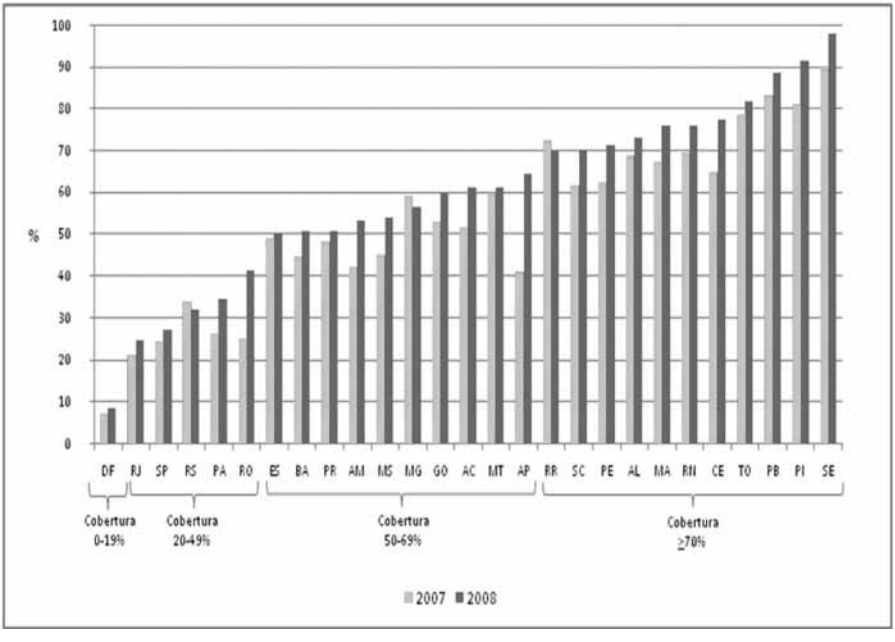
Fonte: Resultados UF – Sispacto; Resultado Brasil – Siab/IBGE

A análise dos resultados alcançados, a partir da agregação dos estados por estrato de cobertura (Gráfico 19), revela que os estados de Roraima, Santa Catarina, Pernambuco, Alagoas, Maranhão, Rio Grande do Norte, Ceará, Tocantins, Paraíba, Piauí e Sergipe compõem o estrato de maior cobertura (≥70%). Destaca-se ainda nesse grupo a presença expressiva de estados da Região Nordeste, representando 72,7% do total.

Comparação Resultados 2007 e 2008

O Gráfico 19 possibilita que seja realizada a comparação da proporção da população cadastrada pela ESF entre os anos de 2007 e 2008. O Gráfico permite afirmar que houve, nesse período, melhoria da proporção da população cadastrada pela Estratégia da Saúde da Família em 24 estados (96,3%), com registro de retração do indicador apenas nos estados do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Roraima.

GRÁFICO 19 – PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS ESTADOS E NO DISTRITO FEDERAL NOS ANOS 2007 E 2008. BRASIL, 2008.



Fonte: Sispacto

Recomendações e observações

Para fortalecer o processo de pactuação, recomenda-se a análise da série histórica dos indicadores nos estados e no Distrito Federal antes da proposição de metas, devendo ser consideradas as condições locais para a melhoria do indicador.

Diante das divergências encontradas entre os bancos de dados (Sispacto e Siab), ressalta-se a necessidade de alimentação regular dos sistemas de informação nacionais.

Com relação ao não alcance das metas, entre os fatores que podem ter contribuído, destacam-se:

- As dificuldades que persistem, por parte de alguns gestores municipais, em reconhecer as vantagens da conversão do modelo tradicional de atenção básica pela ESF nos municípios, provocando ausência ou baixa cobertura dessa estratégia.
- As dificuldades para contratação de médicos para o trabalho na ESF, que exige carga horária semanal de 40 horas.
- As dificuldades, pelos municípios, de financiamento para a ESF, tendo em vista os incentivos federais significarem cerca de 30% a 40% do custeio das equipes, e a não obrigatoriedade de incentivos estaduais para a atenção básica.

- Indicador Complementar

INDICADOR 25: PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM PROJETO AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (AMQ) IMPLANTADO

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção dos municípios com projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) implantado	Número de municípios com população menor que 100 mil habitantes com o projeto AMQ implantado*/número de municípios com população menor que 100 mil habitantes do estado com a Estratégia Saúde da Família X 100	Aplicativo Digital AMQ	10% dos municípios com menos de 100 mil habitantes com o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família implantado.	*Com instrumento nº 4 validado no aplicativo digital AMQ no município.

O indicador expressa, dentre os municípios que têm ESF, aqueles que implantaram o Projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ). O objetivo é incentivar a utilização desta ferramenta de avaliação nos municípios com menos de 100.000 habitantes para fomentar a qualificação das equipes de saúde da família.

QUADRO 30 – PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM O PROJETO AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (AMQ) IMPLANTADO, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**10,0**	**7,6**
Região Norte		
Acre	80,0	22,7
Amapá	20,0	0,0
Amazonas	33,0	18,2
Pará	-	-
Rondônia	-	-
Roraima	20,0	0,0
Tocantins	20,0	1,5
Região Nordeste		
Alagoas	15,0	0,0
Bahia	-	-
Ceará	15,0	7,4
Maranhão	5,0	0,0
Paraíba	-	-
Pernambuco	15,0	2,3
Piauí	30,0	3,6
Rio Grande do Norte	15,0	4,9
Sergipe	15,0	0,0
Região Sudeste		
Espírito Santo	80,0	58,2
Minas Gerais	-	-

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Rio de Janeiro	15,0	4,5
São Paulo*	25,0	3,7
Região Sul		
Paraná	10,0	16,0
Rio Grande do Sul	10,0	0,8
Santa Catarina	10,0	0,0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	*	*
Goiás	14,0	1,7
Mato Grosso	-	-
Mato Grosso do Sul	15,0	4,1

Fonte: (Sispacto))
Legenda: (-) não pactuado (*)Este indicador não se aplica ao Distrito Federal.

Análise Brasil

O Brasil ficou aquém da meta pactuada para o ano de 2008, apresentando, contudo, um resultado de 7,6%, próximo da meta proposta no Pacto (10%). Por se tratar de um indicador complementar, das 27 Unidades Federadas, sete estados não o pactuaram: Pará, Rondônia, Bahia, Paraíba, Minas Gerais, Distrito Federal e Mato Grosso.

Análise regional e estadual

Na Região Norte, 71,4% dos estados pactuaram o indicador, e destes, nenhum atingiu a meta pactuada. Destacam-se nesse cenário os estados do Acre (22,7%) e do Amazonas (18,2%) que, apesar de não terem atingido as metas propostas, 80% e 33% respectivamente, superaram a meta nacional pactuada.

A Região Nordeste e a Região Centro-Oeste apresentaram o pior desempenho, pois, dos estados que pactuaram o indicador, nenhum deles atingiu a meta proposta e não alcançou a meta nacional.

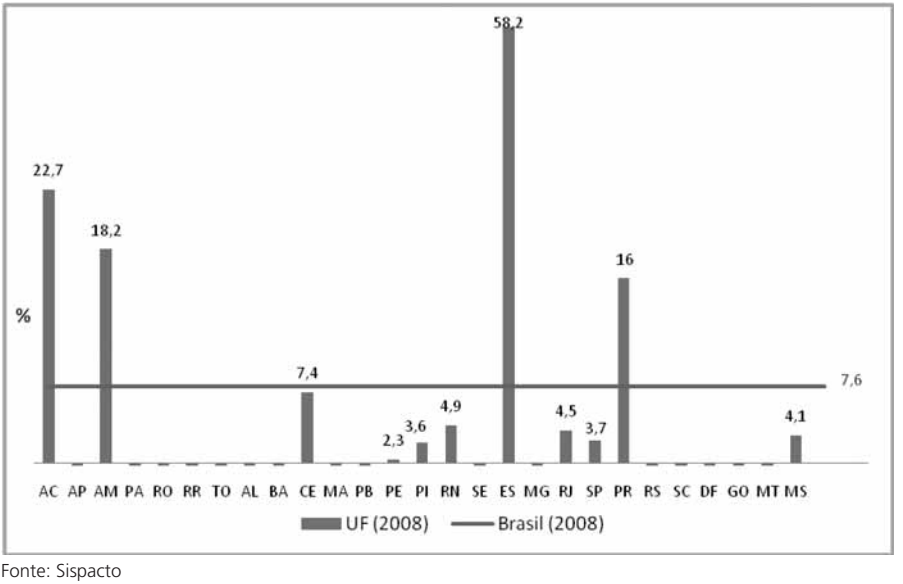
Na Região Sudeste apenas o Estado de Minas Gerais não pactuou o indicador. O Estado do Espírito Santo, apesar de não ter atingido a meta proposta (80%), apresentou o melhor desempenho entre todos os estados do Brasil (58,2%).

A Região Sul foi a única em que todos os estados pactuaram o indicador. Desses, dois não atingiram a meta pactuada. O Estado do Paraná (16%) merece destaque por ser o único da região que superou a meta pactuada (10%), superando também a meta nacional.

Observa-se no Quadro 30 que, além do Paraná, também superaram a média nacional os Estados do Acre, Amazonas e Espírito Santo, embora estes últimos não tenham alcançado a meta pactuada.

O Gráfico 20 apresenta o desempenho dos estados em relação ao resultado nacional. Conforme evidenciado, apenas quatro estados – Acre, Amazonas, Espírito Santo e Paraná, dentre os 20 que pactuaram esse indicador, (20%) estão acima da média para o Brasil.

GRÁFICO 20: PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM O PROJETO AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (AMQ) IMPLANTADO NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL COMPARADA COM O RESULTADO NACIONAL. BRASIL, 2008.



Fonte: Sispacto

Recomendações e observações

Apesar dos estados não terem alcançado as metas propostas, a inserção deste indicador disseminou o Projeto AMQ, aumentando de forma expressiva o número de municípios com o projeto implantado.

INDICADOR 26: RECURSO FINANCEIRO (EM REAIS) PRÓPRIO DESPENDIDO NA ATENÇÃO BÁSICA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Recurso financeiro (em reais) próprio despendido na Atenção Básica	Total de recurso financeiro próprio (em reais) despendido na atenção básica	MS/SES/SMS	Garantir financiamento tripartite	O valor correspondente a cada UF e município será referido pelo gestor no momento da pactuação e da avaliação anual.

O indicador reflete o valor, em reais, dos recursos oriundos de receita própria previstos para o financiamento de ações do nível básico de atenção no período de um ano.

QUADRO 31 – RECURSO FINANCEIRO (EM REAIS) PRÓPRIO DESPENDIDO NA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE FEDERADA, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	R$	R$
Brasil	-	-
Região Norte		
Acre	-	-
Amazonas	-	19,21
Amapá	3.848.741,00	3.933.555,25
Pará	-	-
Rondônia	1.200.000,00	1.066.410,00
Roraima	-	-
Tocantins	-	-
Região Nordeste		
Alagoas	-	-
Bahia	40.850.000,00	44.847.183,74
Ceará	73.731.124,00	57.939.015,00
Maranhão	3.907.120,00	12.216.249,16
Paraíba	-	-

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	R$	R$
Pernambuco	13.036.000,00	16.905.382,00
Piauí	19.943.830,00	19.891.911,00
Rio Grande do Norte	9.660.000,00	0
Sergipe	-	-
Região Sudeste		
Espírito Santo	12.500.000,00	26.714.818,00
Minas Gerais	-	-
Rio de Janeiro	-	-
São Paulo	312.500.000,00	457.174.725,00
Região Sul		
Paraná	192.173.149,00	192.173.149,00
Rio Grande do Sul	-	-
Santa Catarina	-	-
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	7.886.793,00	21.067.474,00
Goiás	29.873.240,00	34.948.195,50
Mato Grosso	39.969.656,00	46.935.430,00
Mato Grosso do Sul	23.471.600,00	30.310.187,75

Fonte:Sispacto
Legenda: (-) não pactuado

A partir das informações do Quadro 31, observa-se que, das 27 Unidades Federadas, apenas 15 pactuaram este indicador, o que representa 55% de adesão. Não foi possível elaborar a comparação dos resultados com a base de dados nacional, pois a informação é oriunda de receita própria prevista pelos estados e Distrito Federal para o financiamento de ações do nível básico e pode variar de acordo com as rubricas orçamentárias.

Das 15 Unidades Federadas que realizaram a pactuação, 11 alcançaram a meta proposta, representando um total de 73%.

INDICADOR 27: MÉDIA ANUAL DE AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Média anual da ação coletiva "Escovação Dental Supervisionada"	Média de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada* realizada em determinado local dividindo-se pelo período de 12 meses/ população no mesmo local X 100	SIA/IBGE	Meta – 5% da população com escovação dental supervisionada	*Código de procedimento SIA/SUS: 01.01.02.003-1

Esse indicador reflete, em termos percentuais, o número médio de pessoas que participaram da ação coletiva de Escovação Dental Supervisionada e expressa a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com dentifrício fluoretado, sob orientação/supervisão de um profissional de saúde, visando à prevenção de doenças bucais, prioritariamente a cárie dental e a doença periodontal.

Assim, o uso desse indicador possibilita a análise comparativa dos dados epidemiológicos, estabelecendo relações entre as variações temporais deste indicador e os de cárie dentária e doença periodontal, subsidiando o planejamento, a gestão e a avaliação de ações e políticas de saúde bucal.

Esse indicador também é considerado de fundamental importância para análise das prioridades da atenção em saúde bucal prestada à população, pois facilita o monitoramento das ações preventivas e de promoção da saúde bucal.

QUADRO 32 – MÉDIA ANUAL DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA, POR UNIDADE DA FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**5,0**	**2,5**
Região Norte		
Acre	5,0	3,28

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Amapá	1,5	0,27
Amazonas	2,6	3,72
Pará	-	0,65
Rondônia	5,5	0,35
Roraima	3,5	3,50
Tocantins	3,0	3,00
Região Nordeste		
Alagoas	5,0	3,00
Bahia	2,3	1,14
Ceará	15,0	5,80
Maranhão	3,5	2,80
Paraíba	-	-
Pernambuco	3,0	1,33
Piauí	5,5	14,50
Rio Grande do Norte	3,5	1,19
Sergipe	3,0	3,10
Região Sudeste		
Espírito Santo	3,5	5,17
Minas Gerais	-	-
Rio de Janeiro	3,0	0,96
São Paulo	3,5	2,77
Região Sul		
Paraná	3,5	3,06
Rio Grande do Sul	3,0	1,17
Santa Catarina	7,5	3,29
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	1,0	0,12
Goiás	-	-
Mato Grosso	-	-
Mato Grosso do Sul	3,5	3,26

Fonte: Sispacto
Legenda: (-) não pactuado

Análise Brasil

O Brasil não alcançou a meta pactuada para o ano de 2008, ou seja, não atingiu a média anual de 5% da ação coletiva de escovação dental supervisionada na população, apresentando um resultado de 2,5%, muito aquém do esperado para o indicador. Mesmo não alcançando a meta, o resultado 2008 traduz aumento de 8% quando comparado ao ano 2007 (2,3%).

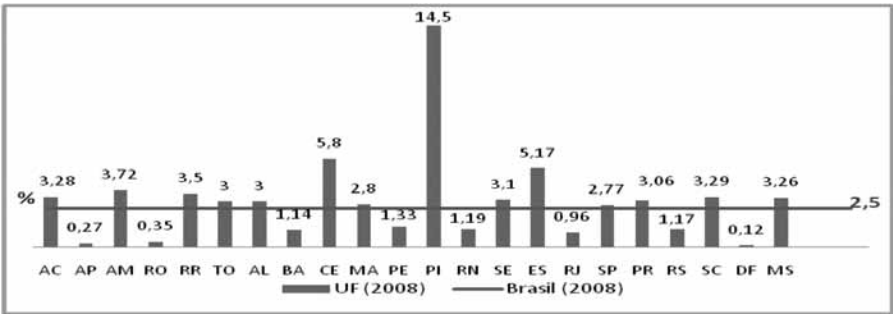
Análise regional e estadual

Na Região Norte, três dos estados que pactuaram este indicador conseguiram atingir ou superar a meta: Tocantins, Roraima e Amazonas. Na Região Sudeste, apenas o Espírito Santo (33,3%) alcançou a meta para 2008. Já na Região Nordeste, dos oito estados que pactuaram, apenas Piauí e Sergipe atingiram a meta pactuada, representando 25% do total. As Regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram desempenho insatisfatório, pois, nenhum estado atingiu a meta pactuada.

Os estados do Pará, Paraíba, Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás não pactuaram o indicador, conforme apresentado no Quadro 32, uma vez que, no ano de 2008, esse indicador foi classificado como complementar e, portanto, opcional.

O Gráfico 21 apresenta o desempenho dos estados em relação ao resultado nacional. Por meio desse, pode-se observar que 14 (63,6%), dos 22 estados que pactuaram esse indicador, estão acima da média alcançada pelo Brasil. Para os estados do Amapá, Rondônia, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, além do Distrito Federal, os resultados ficaram abaixo da média nacional.

GRÁFICO 21 – MÉDIA ANUAL DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL COMPARADA COM A MÉDIA NACIONAL, BRASIL, 2008.



Fonte: Resultados UF: Sispacto e Resultado Brasil: SIA/SUS

Recomendações e observações

O resultado da Ação Escovação Dental Supervisionada é registrado no SIA/SUS por pessoa/mês, independente da frequência da atividade (diária, semanal, quinzenal ou mensal). A média anual é calculada somando-se o número de pessoas participantes da atividade em cada mês dividido pelo número de meses em que a atividade foi realizada. Dessa forma, o resultado do indicador deve ser analisado com cautela e prudência na comparação de realidades distintas, pois uma unidade de saúde que realizou a atividade apenas em um mês no ano poderá ter percentual de cobertura semelhante a outro que realizou em todos os meses do ano.

- Indicador Principal

INDICADOR 28: 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 – 15% de cobertura de primeira consulta odontológica programática	*Código SIA/ SIH/SUS: 03.01.01.015-3

Esse indicador reflete, em percentual, o número de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no Sistema Único de Saúde (SUS)

A Primeira Consulta Odontológica Programática é aquela em que o indivíduo ingressa num programa de saúde bucal a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico realizado com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo-Terapêutico (PPT).

Esse indicador é utilizado para analisar a cobertura da população que teve acesso a essa consulta, subsidiando a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal na atenção básica.

QUADRO 33 – COBERTURA DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**15,0**	**14,5**
Região Norte		
Acre	9,0	9,10
Amapá	9,2	30,80
Amazonas	15,5	14,30
Pará	12,0	29,20
Rondônia	7,0	9,78
Roraima	15,0	15,00
Tocantins	7,8	24,80
Região Nordeste		
Alagoas	17,0	13,70
Bahia	14,0	14,80
Ceará	15,0	12,60
Maranhão	17,0	16,50
Paraíba	16,5	15,30
Pernambuco	13,0	12,34
Piauí	16,0	15,30
Rio Grande do Norte	19,0	14,97
Sergipe	15,0	23,54

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Região Sudeste		
Espírito Santo	11,5	8,60
Minas Gerais	13,0	13,00
Rio de Janeiro	20,5	11,68
São Paulo	11,5	11,24
Região Sul		
Paraná	15,0	13,67
Rio Grande do Sul	12,0	9,40
Santa Catarina	16,8	14,83
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	9,5	7,61
Goiás	12,5	10,40
Mato Grosso	15,0	17,32
Mato Grosso do Sul	15,5	11,91

Fonte: Sispacto

Análise Brasil

O Brasil ficou um pouco aquém da meta pactuada para o ano de 2008, apresentando um resultado de 14,5%, próximo da meta proposta no Pacto (15%). Apesar de não atingir a meta, o valor do indicador em 2008 foi 20,8% maior quando comparado ao resultado 2007 (12%).

Análise regional e estadual

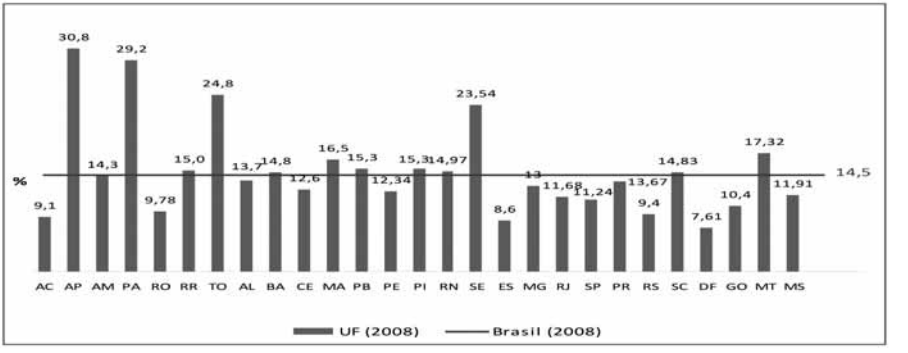
A Região Norte foi a que apresentou os melhores resultados, uma vez que a maioria dos estados (85,7%) atingiu as metas pactuadas e apenas o Estado do Amazonas obteve um resultado comparativamente insatisfatório. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste 25% dos estados atingiram o resultado pactuado para 2008. Na Região Nordeste esse percentual foi de apenas 22,2%. Já na Região Sul, nenhum estado alcançou a meta pactuada.

O Amapá foi o estado onde a população teve um maior acesso à consulta odontológica programática anual e o Distrito Federal apresentou a menor cobertura.

O Gráfico 22 apresenta o desempenho dos estados em relação ao resultado nacional. Pode-se observar que apenas 12 (44,4%) das 27 Unidades Federadas estão acima da média alcançada pelo Brasil.

Os estados do Acre, Amazonas, Rondônia, Alagoas, Ceará, Pernambuco, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Goiás e Mato Grosso do Sul alcançaram resultados abaixo da média nacional.

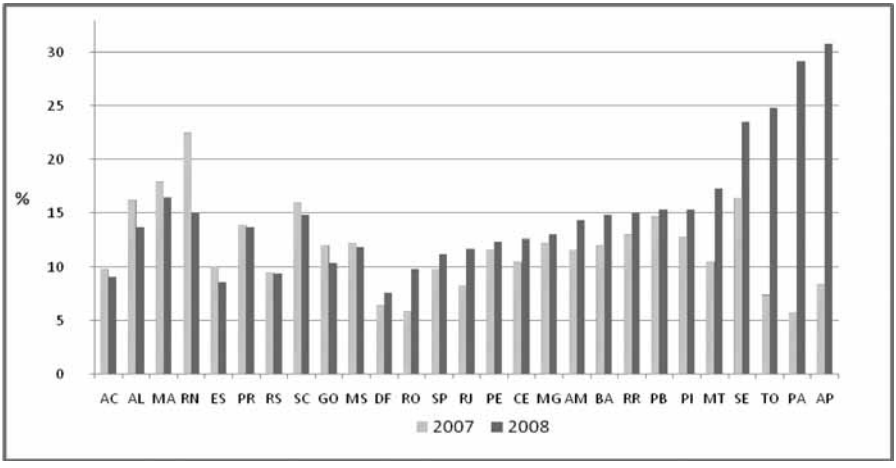
GRÁFICO 22 – COBERTURA DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL COMPARADA COM A MÉDIA NACIONAL. BRASIL, 2008.



Fonte: Resultados UF: Sispacto e Resultado Brasil:SIA

No Gráfico 23 é possível observar a comparação da cobertura da Primeira Consulta Odontológica programática nos anos 2007 e 2008. O gráfico permite afirmar a melhoria do indicador em 17 Unidades Federadas (62,9%). A retração do indicador é registrada nos estados do Acre, Alagoas, Maranhão, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Goiás e Mato Grosso do Sul.

GRÁFICO 23 – COBERTURA DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL NOS ANOS 2007 E 2008. BRASIL, 2008.



Fonte: Sispacto

Recomendações e observações

A Primeira Consulta Odontológica Programática só deverá ser registrada quando o Plano Preventivo-Terapêutico (PPT) for elaborado. Um novo registro só poderá ser feito, para o mesmo usuário, após o período de 12 meses da conclusão ou abandono do PPT. Nesse sentido, as consultas de urgências devem ser registradas utilizando-se o código 03.01.06.003-7 – atendimento de urgência em atenção básica e não como primeira consulta odontológica programática.

INDICADOR 29: 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 em determinado local e período/população de 40 anos e mais no mesmo local e período x 10.000.	SIH/IBGE	Redução da morbidade por complicações da hipertensão arterial.	* Código SIH/SUS: 03.03.04.014-9

Esse indicador mede a ocorrência de internações hospitalares por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na população de 40 anos e mais.

Possibilita a avaliação do impacto das ações de saúde relacionadas ao cuidado, especialmente à detecção e ao diagnóstico precoce, tratamento adequado, às orientações para o autocuidado e reorientação dos estilos de vida, bem como às complicações de doenças cardiovasculares, prevenção e controle da hipertensão arterial no âmbito do SUS.

As internações por AVC refletem os resultados de médio e longo prazo no desenvolvimento de agravos crônicos, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica. Desse modo, a realização de análises sobre a série histórica desse indicador pelos gestores do SUS tem muita importância para avaliar a resolutividade da atenção básica aos hipertensos e promover melhorias do cuidado.

É importante ressaltar que essas internações são consideradas Condição Sensível à Atenção Primária, conforme Portaria MS/SAS nº 221/2008, portanto a taxa de internações por AVC pode ser utilizada como um indicador indireto da efetividade dos serviços de atenção primária de cada território.

QUADRO 34 – TAXA DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, POR UNIDADE FEDERADA, BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	/10.000	/10.000
Brasil	-	**24,3***
Região Norte		
Acre	26,7	17,7
Amazonas	18,0	16,8
Amapá	25,0	20,4
Pará	34,0	25,2
Rondônia	33,0	22,7
Roraima	22,0	25,8
Tocantins	37,0	34,6
Região Nordeste		
Alagoas	41,0	25,5
Bahia	36,0	12,4
Ceará	21,0	21,6

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	/10.000	/10.000
Maranhão	27,0	23,6
Paraíba	41,0	28,9
Pernambuco	29,3	20,5
Piauí	43,0	30,2
Rio Grande do Norte	27,0	20,6
Sergipe	20,0	10,93
Região Sudeste		
Espírito Santo	33,0	19,9
Minas Gerais	40,0	22,8
Rio de Janeiro	26,0	16,8
São Paulo	28,0	21,5
Região Sul		
Paraná	40,0	9,7
Rio Grande do Sul	11,3	**
Santa Catarina	40,3	33,7
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	26,1	23,8
Goiás	29,0	22,7
Mato Grosso	38,0	19,3
Mato Grosso do Sul	27,0	23,6

Fonte: Sispacto
*Fonte – SIH/SUS
**O Estado do Rio Grande do Sul pactuou esse indicador na faixa etária de 30 a 59 anos.

Análise Brasil

Para este indicador, em 2008, não foi definida meta nacional. No entanto, por meio das informações do banco de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) foi possível calcular a taxa de internações por AVC na população brasileira de 40 anos e mais, cujo resultado foi 24,3/10.000 habitantes.

Para a análise dos resultados desse indicador foi utilizado o Sispacto como fonte de informação. As diferenças encontradas entre os

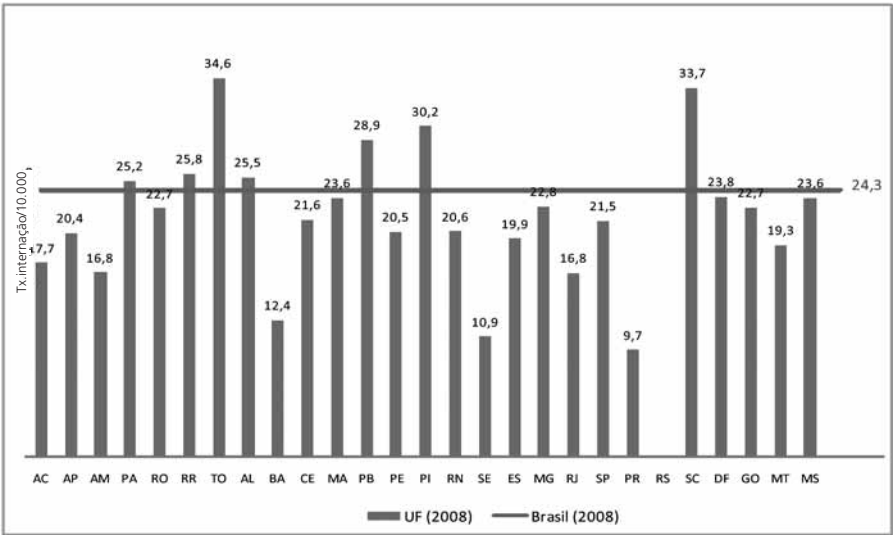
resultados contidos no Sispacto e no SIH são apresentadas no anexo deste relatório. Essas diferenças podem estar relacionadas com data de coleta dos resultados ou ainda pela dificuldade de extrair os dados do SIH, conforme relatado por alguns representantes estaduais.

Análise Regional e Estadual

Conforme os resultados dispostos no Quadro 34, observa-se que 85,7% dos estados da Região Norte e 88,9% da Região Nordeste obtiveram resultados satisfatórios com relação à meta pactuada, com exceção dos Estados de Roraima e Ceará. Nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste os resultados alcançados também foram favoráveis, demonstrando redução da morbidade em todos os estados e Distrito Federal. No caso específico do Rio Grande do Sul, que pactuou o indicador para a faixa etária de 30 a 59 anos, não há registro do resultado no Sispacto.

O Gráfico 24 distribui as taxas de internações por AVC nos estados e no Distrito Federal em relação ao resultado nacional, demonstrando que, em 73% das Unidades Federadas, as internações por AVC estão abaixo de 24,3 para cada grupo de 10.000 habitantes. Os estados do Pará, Roraima, Tocantins, Alagoas, Paraíba, Piauí e Santa Catarina, mesmo apresentando redução nas taxas de internações no período entre 2007 e 2008 (Gráfico 25), concentram as maiores taxas de internações por AVC no País.

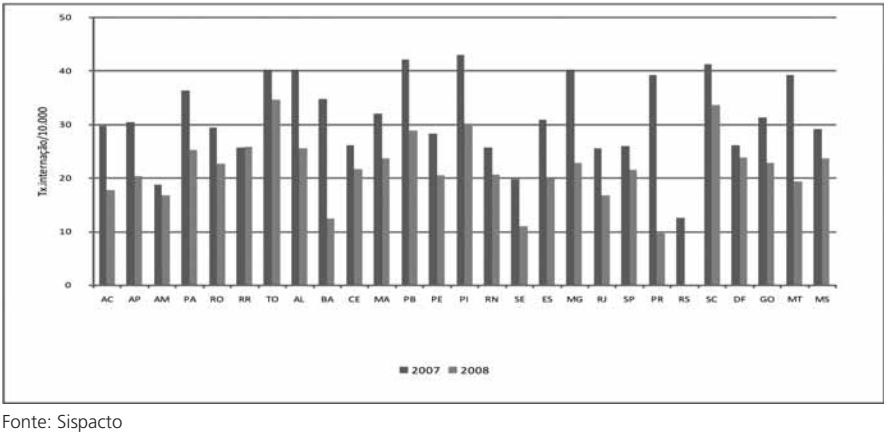
GRÁFICO 24 – TAXA DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA POPULAÇÃO DE 40 ANOS E MAIS NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL COMPARADA COM O RESULTADO NACIONAL. BRASIL, 2008.



Fonte: Resultados UF: Sispacto
Resultado Brasil: SIH/SUS e IBGE
Nota: Em 2008, o Estado do Rio Grande do Sul pactuou esse indicador na faixa etária de 30 a 59 anos.

A pactuação deste indicador visa à redução da morbimortalidade por complicações causadas pelo descontrole da hipertensão arterial. O Gráfico 25 compara os resultados das taxas de internações por AVC nos estados e Distrito Federal, disponíveis no Sispacto no período 2007 e 2008, e constata que houve redução significativa das taxas em 25 estados e no Distrito Federal.

GRÁFICO 25 – TAXAS DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA POPULAÇÃO DE 40 ANOS E MAIS NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL NOS ANOS 2007 E 2008. BRASIL, 2008.



Fonte: Sispacto
Nota: Em 2008, o Estado do Rio Grande do Sul pactuou esse indicador na faixa etária de 30 a 59 anos

Recomendações e observações

De acordo com o Ministério da Saúde a diminuição das taxas de internação por acidente vascular cerebral têm relação com os princípios da atenção básica orientada pela Estratégia Saúde da Família, que são: acesso e utilização dos serviços de saúde; longitudinalidade do seguimento da população pelas equipes de saúde; integralidade da atenção; coordenação do cuidado pelas equipes da ESF; estabelecimento de vínculo entre equipe de saúde e população; responsabilização, humanização e participação social (BRASIL, 2006b e c).

- Indicador Complementar

INDICADOR 30: TAXA DE INTERNAÇÕES POR DIABETES *MELLITUS* E SUAS COMPLICAÇÕES NA POPULAÇÃO DE 30 ANOS E MAIS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos e mais	Número de internações por complicações de diabetes mellitus* na população de 30 anos e mais em determinado local e período/total da população de 30 anos e mais no mesmo local e período x 10.000	SIH/IBGE	Redução da morbidade por complicações do diabetes mellitus.	*Código do SIH/SUS: 03.03.03.003-8

Este indicador mede a ocorrência de internações hospitalares por diabetes mellitus e suas complicações no âmbito do SUS. Essas internações são consideradas Condição Sensível à Atenção Primária, conforme Portaria MS/SAS nº 221/2008. Portanto, a taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações pode ser utilizada como indicador indireto da efetividade dos serviços de atenção primária de cada território, além de avaliar o impacto das ações de saúde relacionadas à doença, especialmente a detecção, diagnóstico, autocuidado e tratamento adequado de casos.

O diabetes mellitus se configura como agravo de aparecimento precoce e é sensível às ações preventivas da atenção básica, como a política de medicamentos, a promoção da saúde e atenção aos portadores de hipertensão e diabetes e educação para o autocuidado.

Seus resultados têm relação direta com a presença e extensão de diversos atributos da atenção básica como acesso e utilização dos serviços de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, vínculo, responsabilização, humanização e participação social.

Diferente das doenças agudas, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como o diabetes, levam um período médio de dez anos para apresentar complicações, isso significa que o aumento de acesso na atenção básica nem sempre repercute de imediato na melhoria dos resultados finais dos indicadores.

QUADRO 35 – TAXA DE INTERNAÇÕES POR DIABETES *MELLITUS* E SUAS COMPLICAÇÕES NA POPULAÇÃO DE 30 ANOS E MAIS, POR UNIDADE FEDERADA, BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	/10.000	/10.000
Brasil	-	**12,3***
Região Norte		
Acre	12,1	14,1
Amapá	10,2	11,4
Amazonas	6,2	8,3
Pará	13,7	12,7
Rondônia	20,7	28,3
Roraima	16,4	17,6
Tocantins	16,6	20,1
Região Nordeste		
Alagoas	10,2	16,2
Bahia	17,2	15,4
Ceará	12,0	10,1
Maranhão	10,9	12,1
Paraíba	14,6	14,1
Pernambuco	16,3	14,0
Piauí	17,1	18,2
Rio Grande do Norte	9,4	10,4
Sergipe	14,5	8,4

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	/10.000	/10.000
Região Sudeste		
Espírito Santo	10,6	9,5
Minas Gerais	14,2	13,7
Rio de Janeiro	13,8	10,1
São Paulo	9,7	7,6
Região Sul		
Paraná	15,7	18,6
Rio Grande do Sul	19,3	18,4
Santa Catarina	13,3	12,8
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	18,0	14,2
Goiás	23,9	22,6
Mato Grosso	18,3	14,6
Mato Grosso do Sul	14,0	10,7

Fonte: Sispacto (*SIH)

Análise Brasil

Para este indicador, em 2008, não foi definida meta nacional. No entanto, por meio das informações do SIH há a possibilidade de calcular a taxa de internações por complicações do diabetes mellitus na população de 30 anos e mais, cujo resultado encontrado, para o ano de 2008, foi 12,3 internações por diabetes mellitus para cada 10.000 indivíduos com 30 anos e mais.

Tendo em vista que a pactuação visa reduzir a ocorrência de internações hospitalares por diabetes mellitus em indivíduos de 30 anos e mais, de acordo com dados do SIH é possível afirmar que o Brasil, no período compreendido entre 2007 e 2008, reduziu a taxa de 12,9 para, 12,3/10.000 habitantes respectivamente.

Na análise dos resultados desse indicador utilizou-se o Sispacto como fonte de informação. As diferenças encontradas entre os resultados contidos no Sispacto e no SIH são apresentadas no anexo deste relatório. Essas diferenças podem estar relacionadas com data de coleta

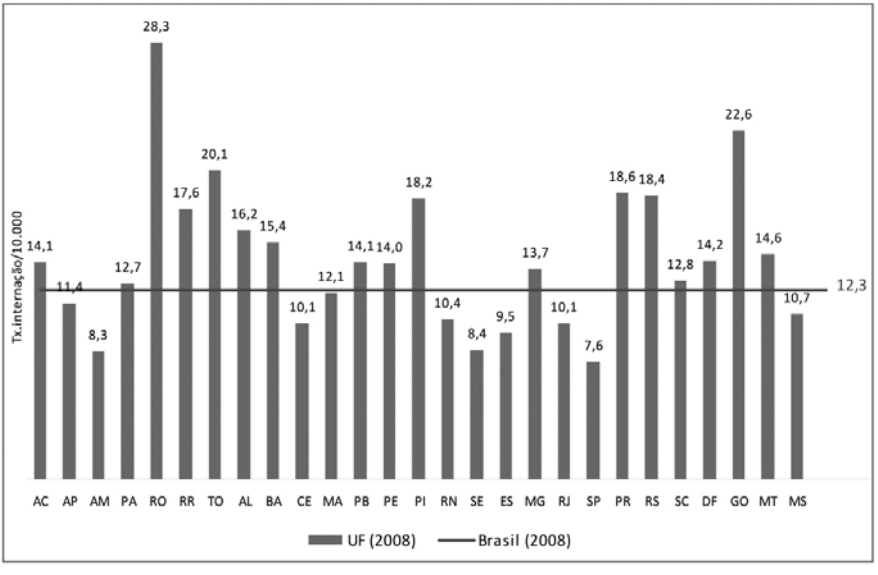
dos resultados ou ainda pela dificuldade de extrair os dados do SIH, conforme relatado por alguns representantes estaduais.

Análise regional e estadual

Os resultados apresentados no Quadro 35 demonstram que todos os estados das regiões Sudeste e Centro-Oeste, além do Distrito Federal alcançaram a meta pactuada. Nas regiões Norte, Nordeste e Sul, os estados do Pará, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Rio Grande do Sul e Santa Catarina alcançaram a meta proposta.

Contudo, cabe destacar que, conforme dados apresentados no Gráfico 26 é possível verificar que o Distrito Federal e 16 estados apresentaram taxas de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos e mais acima da média nacional (12,3/10.000 habitantes), foram eles: Acre, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Goiás e Mato Grosso, sendo que o Estado de Rondônia tem uma taxa que ultrapassa duas vezes (28,3/10.000 habitantes) a taxa pactuada como meta para o País.

GRÁFICO 26 – TAXA DE INTERNAÇÕES POR DIABETES *MELLITUS* NA POPULAÇÃO DE 30 ANOS E MAIS NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL COMPARADA COM O RESULTADO NACIONAL. BRASIL, 2008.



Fonte: Resultados UF: Sispacto
Resultado Brasil: SIH/SUS e IBGE

Recomendações e observações

As internações por complicações de diabetes mellitus dizem respeito a resultados de longo prazo no desenvolvimento de agravos crônicos.

Recomenda-se a realização de análises mais detalhadas no âmbito estadual e locorregional, no sentido de verificar a variação do indicador de forma qualitativa, inclusive desagregando essa análise por município. Além disso, os fatores envolvidos nos resultados, tanto aqueles referentes à organização da atenção básica quanto os relativos ao acesso da população aos serviços e ações de média e alta complexidade, devem ser levados em consideração.

Ressalta-se a necessidade de aprimorar qualidade do dado informado aos bancos que geram o indicador.

- Indicador Principal

INDICADOR 31: 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/IBGE	Meta -1,5 consulta/ habitante/ano	* Códigos relacionados no numerador estão descritos no instrutivo

O indicador refere-se à média anual de consultas médicas realizadas, por habitante, nas especialidades básicas de saúde. Esse indicador reflete a capacidade da rede básica em prestar assistência individual, a partir da oferta de consultas médicas nas especialidades básicas: clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, e contribui para o processo de avaliação e programação da oferta de consultas ambulatoriais.

Foi definido um parâmetro nacional de 1,5 consulta médica, que deve ser analisado, por município, e adequado à realidade local, respeitadas as especificidades. Cabe ainda ressaltar que, na análise sobre o cumprimento da meta, a ser realizada pelos gestores do SUS, deve-se considerar a possibilidade de sub-registro das informações no SIA/SUS.

QUADRO 36 – MÉDIA ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Parâmetro/ Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	N	N
Brasil	**1,5**	**1,7***
Região Norte		
Acre	1,2	2,00
Amapá	1,0	1,40
Amazonas	1,3	1,50
Pará	1,3	1,60
Rondônia	1,5	0,87
Roraima	1,3	1,70
Tocantins	1,5	2,00
Região Nordeste		
Alagoas	1,5	1,44
Bahia	1,2	1,43
Ceará	1,5	1,30
Maranhão	1,7	2,00
Paraíba	1,5	1,60
Pernambuco	1,5	1,50**
Piauí	1,5	1,50
Rio Grande do Norte	1,5	1,71
Sergipe	1,5	2,20
Região Sudeste		
Espírito Santo	1,9	1,91
Minas Gerais	1,5	1,82
Rio de Janeiro	1,5	1,17
São Paulo	1,6	1,82
Região Sul		
Paraná	1,9	2,00
Rio Grande do Sul	1,5	1,30
Santa Catarina	1,6	1,60**

continua

continuação

UF Residência	Parâmetro/ Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	N	N
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	1,3	1,85
Goiás	1,5	1,12
Mato Grosso	1,5	1,97
Mato Grosso do Sul	1,9	1,45

Fonte: Sispacto
*SIA
** Valores arredondados

Análise Brasil

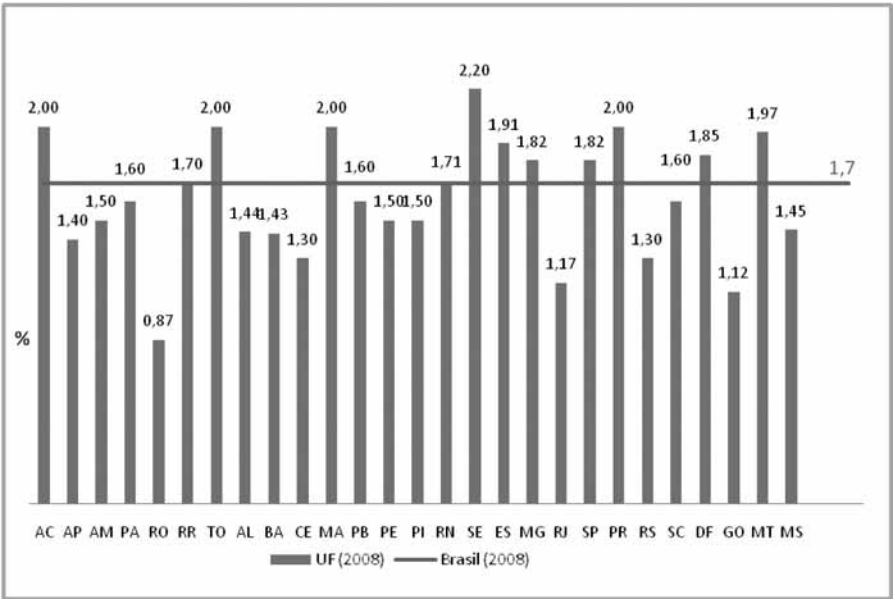
Em 2008, o Brasil superou a meta proposta de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas, ultrapassando em 13,3% sua expectativa de pactuação, com resultado de 1,7 consultas/habitante/ano. Ao comparar o resultado de 2007 (1,5 consulta/ano) com o apresentado em 2008, observa-se um crescimento de 0,2 pontos.

Análise regional e estadual

Na Região Norte, 85,7% dos estados conseguiram atingir ou superar a meta pactuada, na Região Nordeste 77,7%, Sudeste 75%, Sul 66,6% e Centro-Oeste 50%.

O Gráfico 27 apresenta o desempenho dos estados em relação ao resultado nacional. Pode-se observar que 12 Unidades Federadas (44,4%) apresentaram resultados iguais ou superiores a média alcançada pelo Brasil. São eles: Acre, Roraima,Tocantins, Maranhão, Rio Grande do Norte, Sergipe, Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Distrito Federal e Mato Grosso.

GRÁFICO 27 – MÉDIA ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL COMPARADA COM A MÉDIA NACIONAL. BRASIL, 2008.

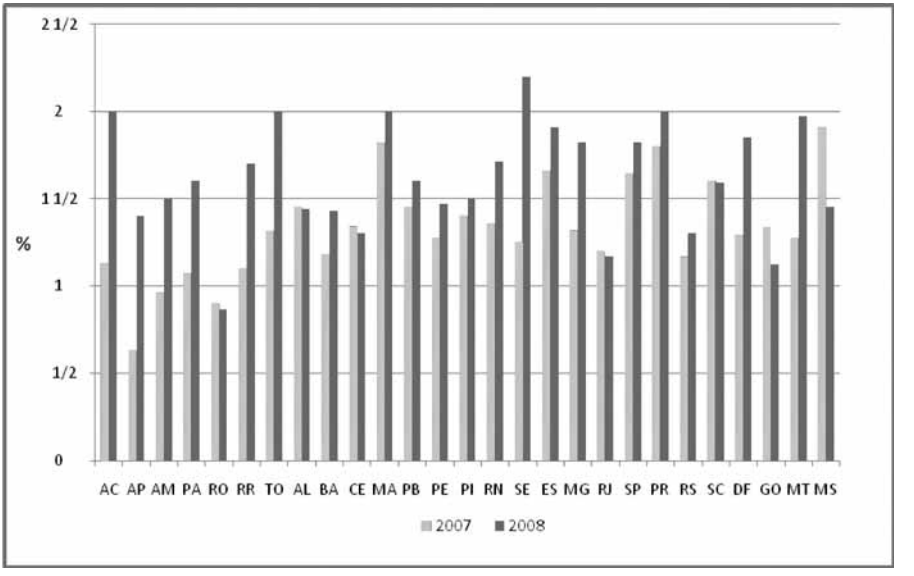


Fonte: Resultados UF:Sispacto
Resultado Brasil: SIA/IBGE

Comparativo dos resultados 2007 e 2008

O Gráfico 28 permite a comparação dos resultados alcançados nos anos 2007 e 2008, da média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas. Houve melhoria do indicador em 27 (74%), com registro de retração apenas nos estados de Rondônia, Alagoas, Ceará, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Goiás e Mato Grosso do Sul.

GRÁFICO 28 – MÉDIA ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL NOS ANOS 2007 E 2008. BRASIL, 2008.



Fonte: Sispacto

Recomendações e observações

A partir dos resultados apresentados neste relatório, recomenda-se a análise da série histórica deste indicador nos estados e Distrito Federal antes da proposição de metas nos processos de pactuação futuros, devendo ser considerada ainda as condições locais para melhoria do indicador. Ressalta-se também a necessidade de alimentação regular dos bancos de dados.

INDICADOR 32: PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM QUATRO OU MAIS CONSULTAS 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 quatro ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal/ número de nascidos vivos x 100	Sinasc	88% dos nascidos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal.	Obs.: Para UF com resultados igual ou superior a 90% no último ano, pactuar sete ou mais consultas de pré natal.

O indicador expressa a proporção de nascidos vivos de mães que realizaram quatro ou mais consultas de pré-natal. Para os estados com resultados iguais ou superiores a 90% no ano anterior (2007), a pactuação foi realizada considerando o indicador de proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.

Esse indicador é utilizado para analisar a cobertura dos serviços de atenção pré-natal, com o objetivo de detectar a influência de variáveis geográficas, temporais e entre grupos sociais, e subsidiar o processo de planejamento e avaliação de políticas de saúde voltadas para o avanço do atendimento pré-natal no âmbito locorregional.

O indicador pactuado para o Brasil foi o de quatro ou mais consultas de pré-natal, uma vez que o País ainda não havia superado em 90% esse indicador.

QUADRO 37 – PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM QUATRO OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2007.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultados Alcançados
	%	%
Brasil	**88,0**	**88,7**
Região Norte		
Acre	68,0	68,0
Amapá	67,0	68,2
Amazonas	75,0	72,4
Pará	80,0	80,4
Rondônia	84,0	82,1
Roraima	77,0	74,8
Tocantins	88,0	88,3
Região Nordeste		
Alagoas	85,0	85,0
Bahia	84,0	81,1
Ceará	92,0	90,7
Maranhão	76,0	75,4
Paraíba*	50,0	47,9

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultados Alcançados
	%	%
Pernambuco	88,0	88,7
Piauí	87,4	87,4
Rio Grande do Norte*	47,0	45,4
Sergipe	85,0	86,8
Região Sudeste		
Espírito Santo*	92,0	63,6
Minas Gerais*	59,0	61,4
Rio de Janeiro*	70,0	62,7
São Paulo*	75,0	75, 0
Região Sul		
Paraná*	76,0	76, 0
Rio Grande do Sul*	72,0	70,6
Santa Catarina*	70,0	66,5
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	88,0	89,3
Goiás*	70,0	61,8
Mato Grosso	93,0	93,0
Mato Grosso do Sul*	75,0	63,1

Fonte: Sinasc/2007
*Estados que pactuaram sete ou mais consultas pré-natal

Análise Brasil

O Brasil alcançou a meta proposta de 88% de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas pré-natal para o ano de 2008, ultrapassando em 0,7% a expectativa de pactuação, alcançando resultado igual a 88,7%.

Para análise dos resultados foram considerados os resultados do Sinasc 2007, pois os dados do Sispacto apresentaram divergências que podem ter sido ocasionadas pelo uso dos dados 2008 (ainda preliminares) por parte de alguns estados. Historicamente, para análise desse indicador, as instituições de saúde utilizam a base de dados do Sinasc,

com um ano de atraso. Esse fato está relacionado às limitações que ainda persistem na alimentação dos dados nesse sistema e no prazo para fechamento dos bancos.

As diferenças encontradas entre os resultados informados no Sispacto e os resultados do Sinasc estão apresentadas no anexo deste relatório.

Análise regional e estadual

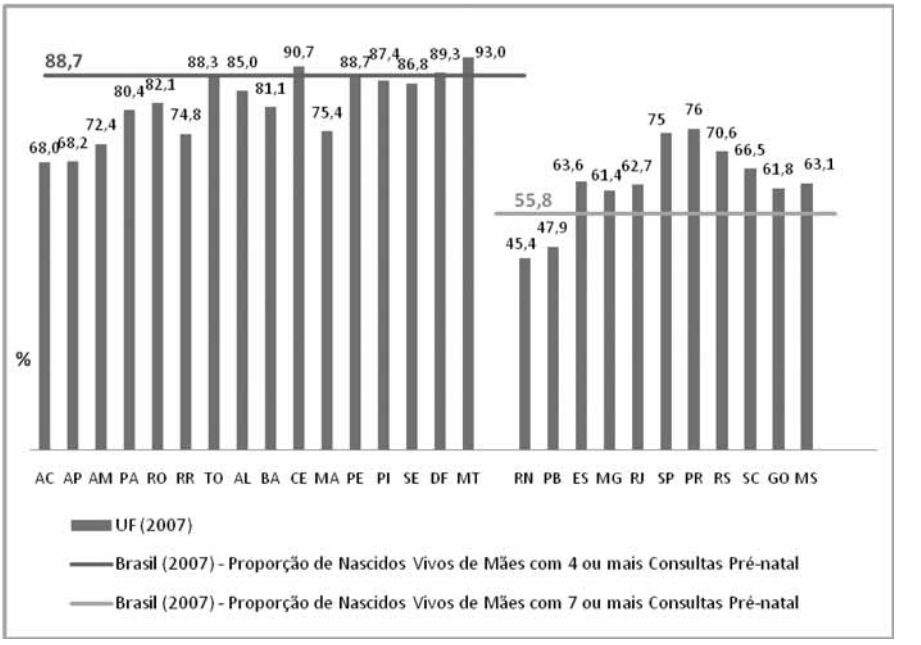
Das 27 Unidades Federadas, 16 pactuaram a proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas pré-natal e 11 pactuaram 7 ou mais consultas pré-natal.

Na Região Norte 57,1% dos estados conseguiram atingir ou superar a meta pactuada em 2008. Nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste 50% dos estados alcançaram as metas propostas. Já nas Regiões Nordeste e Sul, o percentual de estados que alcançou a meta foi de 44,4% e 33,3%, respectivamente.

Ao observar as 27 Unidades Federadas, nota-se que 12 estados e o Distrito Federal obtiveram resultados satisfatórios em relação à meta pactuada, correspondendo a 48,1% do total de unidades analisadas.

O Gráfico 29 apresenta o desempenho dos estados em relação ao resultado nacional. Pode-se observar que os estados do Ceará, Pernambuco e Mato Grosso, além do Distrito Federal obtiveram resultados iguais ou superiores à média alcançada pelo Brasil (88,7%) que representa 25% dos estados para a proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal. Dos 11 estados que pactuaram o indicador de proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, nove apresentaram resultados acima da média do País (55,8%) e os estados do Rio Grande do Norte e Paraíba alcançaram resultados abaixo da média nacional.

GRÁFICO 29 – PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM QUATRO/SETE OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL COMPARADA COM A MÉDIA NACIONAL. BRASIL, 2007.



Fonte: Sinasc

Recomendações e observações

A assistência pré-natal assegura uma gestação saudável, tanto nos aspectos relacionados à gestante, quanto no que se refere à criança. Por outro lado, esse indicador tem a particularidade de refletir um padrão populacional que inclui não apenas os usuários do Sistema Único de Saúde, mas amplia a aferição aos usuários dos serviços privados de saúde. Ressalta-se ainda que o padrão de variação desse indicador guarda estreita correlação com outros indicadores relevantes para a saúde infantil, pois influencia na redução da taxa mortalidade infantil neonatal e na redução da incidência de sífilis congênita.

Para fortalecer o processo de pactuação e melhor planejar o desempenho desse indicador nos estados e no Distrito Federal, recomenda-se a análise da série temporal antes da proposição de metas, considerando as condições reais de melhoria do indicador.

Ressalta-se também a necessidade de alimentação dos bancos de dados dentro do prazo pertinente para a realização das análises.

- Indicador Complementar

INDICADOR 33: MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA REALIZADAS POR AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde	Número de visitas domiciliares realizadas por ACS* em determinado local e período/número de famílias no município x número de meses, no mesmo local e período	SIA/SIAB	Meta – uma visita domiciliar/família/mês	*Utilizar os registros das quantidades apresentadas de visitas domiciliares por família com código do procedimento no SIA/SUS: 01.01.03.001-0 Atividade executada por ACS.

Esse indicador reflete a média de visitas domiciliares realizadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por família cadastrada e por mês. Deve ser utilizado pelas equipes gestoras locais para analisar o processo de trabalho dos ACS, com ênfase nas atividades realizadas por estes profissionais no acompanhamento de grupos prioritários, na identificação de situações de risco nas famílias e na educação em saúde.

QUADRO 38 – MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA REALIZADA POR AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS), POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	N	N
Brasil	**1**	**0,6***
Região Norte		
Acre	1,20	0,64
Amapá	1,00	0,50
Amazonas	1,30	0,80
Pará	-	0,70
Rondônia	1,00	0,41
Roraima	1,00	2,50

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	N	N
Tocantins	1,00	0,83
Região Nordeste		
Alagoas	1,20	1,29
Bahia	-	-
Ceará	1,00	0,66
Maranhão	1,30	0,70
Paraíba	-	-
Pernambuco	1,00	0,97
Piauí	1,00	1,40
Rio Grande do Norte	1,00	0,63
Sergipe	1,00	0,90
Região Sudeste		
Espírito Santo	1,00	0,60
Minas Gerais	-	-
Rio de Janeiro	1,00	0,20
São Paulo	1,00	0,87
Região Sul		
Paraná	0,70	0,60
Rio Grande do Sul	0,55	0,40
Santa Catarina	1,00	0,55
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	1,00	0,32
Goiás	1,00	0,50
Mato Grosso	1,00	0,43
Mato Grosso do Sul	1,00	0,60

Fonte: Sispacto (*base nacional)
Legenda: (-) não pactuado

Análise Brasil

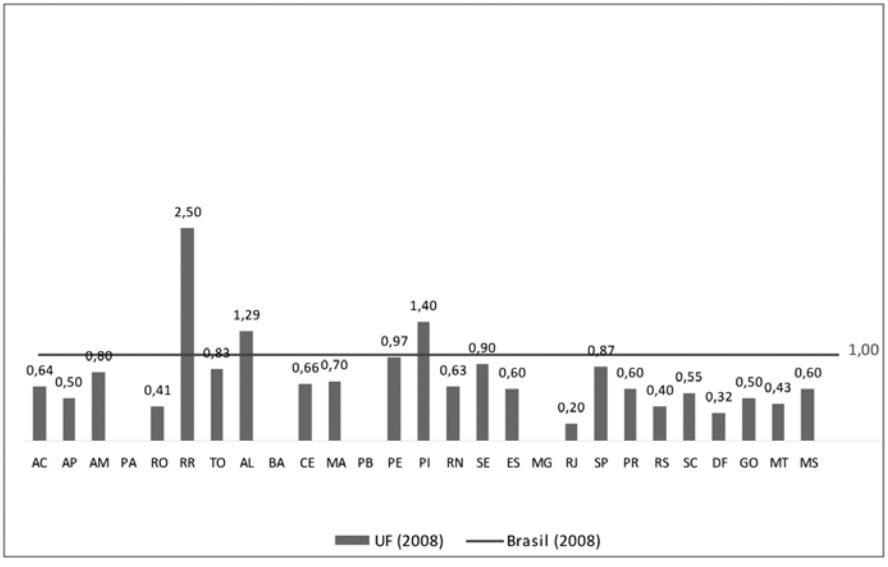
A partir das informações obtidas nas bases de dados nacionais, verificou-se que, em 2008, a média de visitas domiciliares por família realizadas por ACS no Brasil foi de 0,6 visita domiciliar/família/mês.

Análise regional e estadual

De acordo com os dados disponíveis no Quadro 38, apenas três Unidades Federadas apresentaram desempenho satisfatório frente ao pactuado, quais sejam: Roraima, Alagoas e Piauí. O Distrito Federal e os demais estados não alcançaram a meta pactuada, assim como a média mensal de visitas estimada para o Brasil.

O Gráfico 30 distribui, por Unidades Federadas, os valores da média de visita domiciliar/família/mês, evidenciando que a maioria dos estados e o Distrito Federal apresentaram resultados para este indicador abaixo da meta nacional.

GRÁFICO 30 – MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA REALIZADAS POR AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL COMPARADA COM A META NACIONAL. BRASIL, 2008.



Fonte: Resultados UF: Sispacto
Nota: Os estados do Pará, Bahia, Paraíba e Minas Gerais não pactuaram esse indicador.

Cabe ressaltar que esse indicador teve sua fonte de cálculo alterada a partir de 2008, tendo como numerador a quantidade de visitas realizadas por ACS, com base no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

Observou-se divergências entre os dados informados no Sispacto e os disponíveis no SIA. Essas diferenças estão apresentadas no anexo deste relatório.

Recomendações e observações

As visitas domiciliares realizadas pelos ACS constituem-se em importante atividade para o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, pois é por meio dessas visitas que podem ser identificadas situações que, por vezes, não são percebidas nas unidades básicas, mas que são importantes para o planejamento de ações, para o fortalecimento da atenção básica e para a melhoria da atenção prestada à população por estas equipes.

Recomenda-se aos estados e Distrito Federal que procedam a análise da série histórica do indicador antes de definir a meta. Ressalta-se também a necessidade de alimentação regular dos bancos de dados.

- Indicador Principal

INDICADOR 34: PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Percentual de crianças menores de 5 anos com baixo peso para idade	Número de crianças menores de 5 anos com peso para idade abaixo do percentil 3/ número total de crianças menores de 5 anos acompanhadas pelo Sisvan x 100	Sisvan	Diminuir a prevalência da desnutrição (2% a prevalência de baixo peso para idade) em crianças menores de 5 anos acompanhadas nos serviços de atenção básica à saúde (UBS, ESF e ACS) pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

O indicador expressa o percentual de crianças menores de 5 anos de idade que apresentam déficit ponderal (peso) para a idade. É um indicador amplamente utilizado para a avaliação do estado nutricional, principalmente para caracterização do baixo peso. Essa avaliação é adequada para o acompanhamento do crescimento infantil e reflete as condições gerais de saúde da criança.

Como limitação, não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos pregressos ou crônicos.

QUADRO 39 – PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**Redução 2,0%**	**4,7**
Região Norte		
Acre	9,7	9,6
Amapá	9,6	8,1
Amazonas	10,0	8,8
Pará	12,3	8,5
Rondônia	5,6	5,1
Roraima	8,7	8,7
Tocantins	8,0	5,5
Região Nordeste		
Alagoas	8,3	6,5
Bahia	7,6	8,2
Ceará	8,3	4,9
Maranhão	11,1	10,1
Paraíba	6,8	3,3
Pernambuco	6,9	5,2
Piauí	9,7	10,2
Rio Grande do Norte	7,5	1,5
Sergipe	8,4	7,3
Região Sudeste		
Espírito Santo	4,9	3,0
Minas Gerais	5,8	5,1
Rio de Janeiro	5,3	4,2
São Paulo	3,0	2,7
Região Sul		
Paraná	4,8	4,0
Rio Grande do Sul	4,2	2,8
Santa Catarina	5,8	5,7

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	6,1	6,2
Goiás	5,5	1,3
Mato Grosso	5,7	5,8
Mato Grosso do Sul	6,6	6,5

Fonte: Sispacto

Análise Brasil

O resultado nacional do indicador de baixo peso para idade, no ano de 2008, foi de 4,7%, o que representa a uma redução de 1,5 ponto percentual em relação a prevalência deste déficit em 2007 (6,2%).

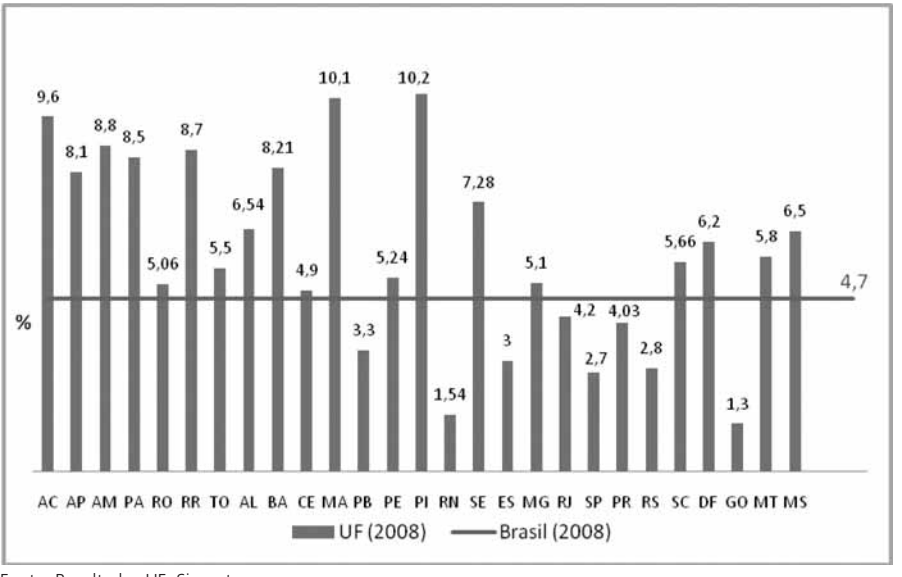
Observou-se divergências entre os dados informados no Sispacto e os disponíveis no Sistema Informatizado da Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan Web). Essas divergências podem ser decorrentes do fato de o Instrutivo do Pacto não ter definido qual era a fonte de dados a ser utilizada e, nesse sentido, alguns estados podem ter utilizado dados da população beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF), enquanto outros podem ter adotado dados provenientes do Sisvan Web. Cabe ainda ressaltar que o Sisvan Web é um sistema cujos registros são atualizados diariamente, o que pode explicar a diferença de registros no Sispacto. Essas diferenças estão apresentadas no anexo deste relatório.

Análise regional e estadual

De acordo com os resultados e metas apresentados no Quadro 39, verifica-se que apenas quatro Unidades Federadas não alcançaram os valores pactuados: Bahia, Piauí, Distrito Federal e Mato Grosso. É possível que tenham sido pactuadas metas com prevalências mais altas pelo fato de que alguns estados haviam considerado apenas as taxas de baixo peso referentes às crianças beneficiárias do PBF, que consiste num público mais vulnerável aos casos de desnutrição infantil e nos quais são esperadas maiores prevalências deste problema.

O Gráfico 31 apresenta o desempenho dos estados em relação ao resultado nacional. Pode-se observar que 19 estados (70,3%) obtiveram resultados acima da média alcançada pelo Brasil, sendo que os estados da Paraíba, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul e Goiás alcançaram resultados abaixo da média nacional.

GRÁFICO 31 – PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL COMPARADA COM A MÉDIA NACIONAL. BRASIL, 2008.



Fonte: Resultados UF: Sispacto
Resultado Brasil: Sisvan

Recomendações e observações

Com base na análise desse indicador recomenda-se, para as próximas pactuações, a adoção do Sisvan Web como única fonte para as informações de prevalências alcançadas e esperadas. Esse sistema foi considerado como mais adequado para aferir os resultados da pactuação, pois abrange não apenas a população acompanhada por rotina de atendimento na atenção básica à saúde, mas também os beneficiários do PBF avaliados semestralmente.

- Indicador Complementar

INDICADOR 35: PERCENTUAL DE FAMÍLIAS COM PERFIL SAÚDE BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) acompanhadas pela Atenção Básica	Número de famílias com perfil saúde acompanhadas pela Atenção Básica*/ número total de famílias com perfil saúde cadastradas no Cad-Único x 100	Sisvan	80% das famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família, acompanhadas semestralmente.	*Todas as famílias com perfil saúde do PBF cadastradas no Cad-único em cada vigência do programa (1ª vigência: período de 1º de janeiro a 31 de julho; 2ª vigência: período de 1º de agosto a 31 de dezembro

O indicador expressa o percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Básica.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) possibilita o registro individual das condicionalidades da saúde dos beneficiários do PBF, que devem ser registradas a cada vigência do programa, sendo que a primeira vigência refere-se ao período entre 1º de janeiro a 31 de julho e a segunda, de 1º de agosto a 31 de dezembro de cada ano.

O setor Saúde é responsável pelo acompanhamento das gestantes e crianças menores de 7 anos[4]. Os compromissos dos beneficiários são: a realização do pré-natal, realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, bem como do cumprimento do calendário vacinal.

Destaca-se que o Programa Bolsa Família é uma das prioridades do atual governo, havendo assim, uma tendência de elevação na cobertura do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. É o índice utilizado para a avaliação do desempenho do setor Saúde no acompanhamento dos beneficiários do PBF.

[4] Lei nº 10.836/2004; Decreto nº 5.209/2004; e Portaria Interministerial nº 2.509/2004.

QUADRO 40 – PERCENTUAL DE FAMÍLIAS COM PERFIL SAÚDE BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA: META PACTUADA E RESULTADOS SISPACTO, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**80,0**	**58,2**
Região Norte		
Acre	60,0	48,6
Amapá	36,6	18,8
Amazonas	65,0	59,5
Pará	-	-
Rondônia	49,6	47,9
Roraima	43,8	43,8
Tocantins	60,0	62,2
Região Nordeste		
Alagoas	51,0	56,7
Bahia	56,1	62,6
Ceará	80,0	68,3
Maranhão	55,0	59,1
Paraíba	-	-
Pernambuco	76,9	67,3
Piauí	68,4	71,2
Rio Grande do Norte	80,0	77,7
Sergipe	67,6	55,2
Região Sudeste		
Espírito Santo	58,2	53,4
Minas Gerais	-	-
Rio de Janeiro	52,3	36,0
São Paulo	45,8	43,3
Região Sul		
Paraná	55,0	64,0
Rio Grande do Sul	50,0	50,9
Santa Catarina	65,6	55,3

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	27,7	25,4
Goiás	40,0	40,0
Mato Grosso	-	-
Mato Grosso do Sul	55,0	58,9

Legenda: (-) não pactuado
Fonte: Sispacto

Análise Brasil

Apesar de não ter sido alcançada a meta de 80% para esse indicador complementar na Pactuação de 2008, ainda assim houve aumento de mais de 10 pontos percentuais no acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família de 2007 para 2008, passando de 46,4% para 58,2%.

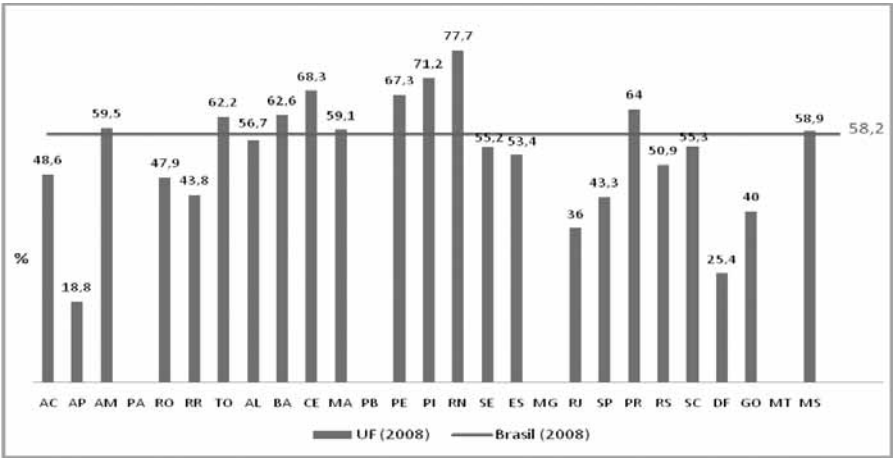
Análise regional e estadual

Observa-se que, das 23 Unidades Federadas que propuseram metas para este indicador, 13 delas não alcançaram as metas propostas, isto é, apresentaram percentuais mais baixos de acompanhamento das famílias beneficiárias no Sispacto em relação ao valor estipulado como meta.

Os estados que não alcançaram a meta proposta foram: Acre, Amapá, Amazonas, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo, que representaram 56,5% do total de estados que pactuaram esse indicador.

O gráfico 32 apresenta o desempenho dos estados em relação ao resultado nacional. Por meio desse, pode-se observar que apenas dez estados (43,5%) dos 23 estados que propuseram metas estão acima da média alcançada pelo Brasil, são eles: Amazonas, Tocantins, Bahia, Ceará, Maranhão, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraná e Mato Grosso do Sul.

GRÁFICO 32 – PERCENTUAL DE FAMÍLIAS COM PERFIL SAÚDE BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL COMPARADA COM A MÉDIA NACIONAL. BRASIL, 2008



Fonte: Resultados UF: Sispacto
Resultado Brasil: Módulo de Gestão do Sisvan

Os valores apresentados como resultados no Sispacto e no Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família estão descritos no quadro anexo, os estados apresentaram valores semelhantes ao do módulo de gestão, com exceção do Rio Grande do Norte que apresentou valores superiores no Sispacto.

Recomendações e observações

Como não havia uma definição clara da vigência que deveria ser adotada como fonte de dados para a pactuação (primeira vigência do ano, segunda vigência do ano ou média das duas vigências), foi tomada a decisão de que a próxima pactuação deverá esclarecer que será adotado o resultado da última vigência consolidada (encerrada) como base para estipulação das coberturas alcançadas e esperadas.

PRIORIDADE VII – SAÚDE DO TRABALHADOR

- Indicador Principal

INDICADOR 36: NÚMERO DE CEREST IMPLANTADOS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Número de Cerest implantados	Número absoluto de Cerest	CNES	50 novos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador implantados

O indicador mensura a quantidade de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) implantados no período de um ano.

A Portaria MS/GM nº 2.437/2005 prevê a habilitação de 200 Cerest em todo o território nacional. Em consonância com a normatização foi definida, no âmbito do Pacto, a meta nacional de 50 Centros de Referência habilitados.

Conforme a definição adotada pela Política de Saúde do Trabalhador, os Cerest têm por função o provimento da retaguarda técnica para as ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.

Os Cerest podem ter abrangência estadual ou regional e a distribuição e o cronograma de ampliação dos Centros de Referência são estabelecidos por meio da pactuação, realizada entre os gestores municipal e estadual, no âmbito de cada estado, com aprovação na respectiva CIB.

QUADRO 41 – NÚMERO DE CEREST IMPLANTADO, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	N	N
Brasil	**50**	**13**
Região Norte		
Acre	1	0
Amazonas	0	0
Amapá	1	0
Pará	1	0
Rondônia	1	1
Roraima	1	0
Tocantins	0	0
Região Nordeste		
Alagoas	1	0
Bahia	2	1
Ceará	0	0
Maranhão	2	0
Paraíba	1	0
Pernambuco	0	0
Piauí	3	1
Rio Grande do Norte	0	0
Sergipe	2	2
Região Sudeste		
Espírito Santo	2	0
Minas Gerais	3	3
Rio de Janeiro	6	0
São Paulo	0	0
Região Sul		
Paraná	7	2
Rio Grande do Sul	5	2
Santa Catarina	0	0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	2	0
Goiás	2	0
Mato Grosso	1	1
Mato Grosso do Sul	0	0

Fonte:Sispacto/Renast

Análise Brasil

A distribuição dos Cerest no território nacional, segundo a Portaria MS/GM nº 2.437/2005, está associada à capacidade populacional do estado/município e às definições políticas de desenvolvimento econômico e social no âmbito locorregional.

No final de 2008 a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (Renast) totalizou 173 Cerest habilitados, alcançando uma cobertura de 87% de Centros de Referência implantados em todo o território nacional.

Na análise das habilitações dos Cerest para o ano de 2008, dos 50 Cerest previstos para habilitação, foram habilitados 13 Centros de Referência, o que equivale a 26% da meta nacional pactuada.

Para análise desse indicador optou-se pela utilização das informações da Renast, uma vez que alguns estados inseriram no Sispacto o número total de Cerest implantados e não somente os habilitados no ano de 2008.

Análise regional e estadual

A Região Norte pactuou, para 2008, a habilitação de cinco Centros de Referência. Conforme consta no Quadro 41 apenas o Estado de Rondônia alcançou a meta pactuada com a habilitação de um Cerest de abrangência regional. Os estados do Acre, Amapá e Pará não cumpriram as metas estabelecidas. Os estados do Amazonas e Tocantins não pactuaram este indicador, uma vez que a Portaria MS/GM nº 2.437/2005 não previa a implantação de Cerest nesses estados. Assim, a Região Norte foi responsável por 7,6% dos Cerest habilitados em 2008.

Na Região Nordeste foi pactuada a habilitação de 11 Cerest e apresentados como resultado alcançado, em 2008, a habilitação de quatro Centros de Referência. Nessa região apenas o Estado de Sergipe alcançou a meta pactuada com a habilitação de dois Centros de Referência localizados nos municípios de Canindé de São Francisco e Lagarto. Os estados da Bahia e Piauí, embora tenham implantado Cerest, ainda permaneceram abaixo da meta pactuada. Já os estados de Alagoas

e Maranhão não apresentaram habilitação para o ano em questão. Os estados do Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Norte não pactuaram o indicador, uma vez que a Portaria MS/GM nº 2.437/2005 não previa a implantação de Cerest nesses estados. A Região Nordeste foi responsável por 30,7% de Cerest habilitados em 2008.

Para a Região Sudeste foi pactuada a habilitação de 11 Cerest de abrangência regional, porém apenas o Estado de Minas Gerais apresentou a habilitação de três Centros de Referência, localizados nos municípios de Montes Claros, Passos e Ubá, alcançando a meta pactuada para o ano de 2008. Os estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo não apresentaram habilitações de Cerest, não cumprindo assim as metas pactuadas. O Estado de São Paulo não pactuou este indicador, uma vez que a Portaria MS/GM nº 2.437/2005 não previa a implantação de Cerest para o estado. A Região Sudeste alcançou 23,1% do total de Cerest habilitados em 2008.

Na Região Sul, o Estado de Santa Catarina não pactuou, em 2008, a habilitação de Cerest, uma vez que a Portaria MS/GM nº 2.437/2005 não previa a implantação de Cerest para o estado. Para esta região foi pactuada a habilitação de 12 Centros de Referência (sete no Paraná e cinco no Rio Grande do Sul), obtendo como resultado a habilitação de quatro Cerest. A Região Sul apresentou 30,7% do total de Cerest habilitados no ano de 2008.

A Região Centro-Oeste pactuou a habilitação de cinco Centros de Referência e apresentou como resultado a habilitação de um Cerest no Estado de Mato Grosso, concluindo assim a meta do estado. O Distrito Federal e o Estado de Goiás não apresentaram habilitação de Centros de Referência, e o Mato Grosso do Sul não pactuou o indicador, uma vez que a Portaria MS/GM nº 2.437/2005 não previa a implantação de Cerest para o estado. A região Centro-Oeste apresentou 7,6% do total de Cerest habilitados no ano 2008.

O Quadro 42 apresenta a evolução das habilitações de Cerest entre os anos de 2006 a 2008.

QUADRO 42 – EVOLUÇÃO DAS HABILITAÇÕES DOS CEREST, SEGUNDO ESTADOS E REGIÕES.

Unidade Federadas	População	Cerest Habilitados até dez/ 2006	Cerest Habilitados até dez/ 2007	Cerest Habilitados até dez/2008	TOTAL
Região Norte	**13.504.612**	**13**	**1**	**1**	**15**
Acre	586.945	1	-	-	1
Amazonas	2.961.804	2	1	-	3
Amapá	516.514	1	-	-	1
Pará	6.453.699	4	-	-	4
Rondônia	1.431.776	1	-	1	2
Roraima	346.866	1	-	-	1
Tocantins	1.207.008	3	-	-	3
Região Nordeste	**48.845.219**	**41**	**7**	**4**	**52**
Alagoas	2.887.526	2	1	-	3
Bahia	13.323.150	13	1	1	15
Ceará	7.654.540	5	3	-	8
Maranhão	5.803.283	3	1	-	4
Paraíba	3.494.965	3	1	-	4
Pernambuco	8.084.722	9	-	-	9
Piauí	2.898.191	1	-	1	2
Rio Grande do Norte	2.852.800	4	-	-	4
Sergipe	1.846.042	1	-	2	3
Região Sudeste	**74.447.443**	**69**	**-**	**3**	**72**
Espírito Santo	3.201.712	3	-	-	3
Minas Gerais	18.343.518	14	-	3	17
Rio de Janeiro	14.724.479	10	-	-	10
São Paulo	38.177.734	42	-	-	42
Região Sul	**25.734.111**	**17**	**1**	**4**	**22**
Paraná	9.797.965	3	-	2	5
Rio Grande do Sul	10.408.428	7	1	2	10
Santa Catarina	5.517.718	7	-	-	7
Região Centro-Oeste	**13.238.067**	**9**	**2**	**1**	**12**
Mato Grosso	2.000.000	2	-	1	3
Mato Grosso do Sul	2.140.620	3	-	-	3
Goiás	7.000.000	3	2	-	5
Distrito Federal	2.097.447	1	-	-	1
Brasil	**174.632.932**	**149**	**11**	**13**	**173**

Fonte: Renast/2008

Recomendações e observações

A partir da análise dos resultados do indicador número de Cerest implantados para 2008, recomenda-se a articulação política, entre estados e municípios, para a formalização dos pedidos de habilitação. Além disso, é importante a ampliação de ações de capacitação para o quadro de recursos humanos envolvidos nas equipes dos Cerest.

- Indicador Complementar

INDICADOR 37: NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MATRICULADOS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro/Meta Nacional/ Referência
Número de profissionais de saúde matriculados	Número absoluto de profissionais	Matrículas efetivas registradas pelo Sistema Viask da EAD/ENSP	960 profissionais de saúde em processo de formação na área de Saúde do Trabalhador

O indicador expressa a quantidade de profissionais de saúde matriculados em processo de formação na área de saúde do trabalhador, cujo objetivo é o de ampliar o número desses profissionais no SUS.

As diretrizes para capacitação em saúde do trabalhador estão fundamentadas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria MS/GM nº 198/2004) e no modelo de Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS, proposto pela Renast (Portaria MS/GM nº 2.437/2005).

Desse modo, esse indicador está relacionado ao processo de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor Saúde, que apresenta as seguintes características principais: tem como foco a importância do trabalho na determinação do processo saúde-doença do indivíduo e do coletivo de trabalhadores; enfatiza a abordagem cooperativa e interdisciplinar, em equipe multiprofissional; e busca contemplar a diversidade e especificidades regionais e incorporar a experiência acumulada pelos estados e municípios;

QUADRO 43 – NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MATRICULADOS, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	N	N
Brasil	**960**	**396**
Região Norte		
Acre	40	0
Amazonas	60	0
Amapá	60	49
Pará	não pactuado	não informado
Rondônia	30	40
Roraima	60	60
Tocantins	60	55
Região Nordeste		
Alagoas	não pactuado	não informado
Bahia	não pactuado	não informado
Ceará	130	não informado
Maranhão	20	0
Paraíba	não pactuado	não informado
Pernambuco	20	0
Piauí	60	46
Rio Grande do Norte	36	0
Sergipe	não pactuado	não informado
Região Sudeste		
Espírito Santo	0	0
Minas Gerais	não pactuado	não informado
Rio de Janeiro	90	não informado
São Paulo	não pactuado	não informado
Região Sul		
Paraná	0	0
Rio Grande do Sul	não pactuado	não informado
Santa Catarina	60	20
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	15	0
Goiás	20	79
Mato Grosso	não pactuado	não informado
Mato Grosso do Sul	60	47

Fonte: Sispacto

Análise Brasil

A capacitação de profissionais para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador é um dos desafios da Renast. Para o ano de 2008, foi definida a meta nacional de 960 profissionais capacitados na temática de Saúde do Trabalhador. Todavia, de acordo com os resultados apresentados no Quadro 43, observa-se que apenas 396 matrículas foram registradas, o que equivale a 41% da meta nacional pactuada.

Análise regional e estadual

A Região Norte alcançou 65,8% da meta, considerando os resultados apresentados pelos estados da região. Os estados do Acre, Amapá, Amazonas e Tocantins não alcançaram a meta pactuada. Os estados de Rondônia e Roraima alcançaram a meta pactuada, sendo que Rondônia superou sua meta. O Estado do Pará não pactuou a meta para esse indicador.

Dos nove estados da Região Nordeste, quatro estados – Alagoas, Bahia, Paraíba e Sergipe, não pactuaram meta para esse indicador. Os demais estados – Ceará, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte e Pernambuco apresentaram resultados abaixo da meta pactuada, ou seja, na Região Nordeste, o conjunto dos estados atingiu 17,2% da meta pactuada.

Na Região Sudeste apenas o Estado do Rio de Janeiro pactuou meta para esse indicador. No entanto, o resultado atingido por esse estado não foi informado.

O Estado de Santa Catarina foi o único estado da Região Sul que pactuou o indicador, apresentando resultado abaixo da meta pactuada.

Na Região Centro-Oeste, o Estado do Mato Grosso não pactuou a meta, o Mato Grosso do Sul apresentou resultados abaixo da meta pactuada e o Distrito Federal informou zero para o indicador. O Estado de Goiás superou a meta pactuada, influenciando o alcance de 132% da meta regional.

Recomendações e observações

As dificuldades encontradas para o alcance da meta do indicador podem estar relacionadas a diferentes fatores, dentre os quais podem ser apontados: a ausência de infraestrutura e de organização dos cursos no Cerest (sala para o plantão dos tutores, equipamentos de informática para utilização dos alunos, etc.), o número insuficiente de profissionais especializados na temática Saúde do Trabalhador e Ambiente, para compor o quadro de tutores, e a necessidade de formação permanente para estes profissionais. Também é possível que a rotatividade dos profissionais nos estados e municípios seja um fator que dificulte a indicação dos mesmos para a participação nos Cursos de Especialização e/ou Aperfeiçoamento oferecidos.

PRIORIDADE VIII – SAÚDE MENTAL

- Indicador Principal

INDICADOR 38: TAXA DE COBERTURA CAPS POR 100 MIL HABITANTES

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Taxa de cobertura Caps por 100 mil habitantes	[(Número Caps I x 0,5) + (Número Caps II) + (Número Caps III x 1,5) + (Número Capsi) + (Número Caps ad)] / população x 100.000	CNES/IBGE	Meta nacional: 0,58 18% de aumento na cobertura brasileira de Caps/100.000 habitantes (200 novos Caps).

A taxa de cobertura do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) reflete o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de saúde mental ao longo do tempo. Como regra geral, tem sido considerado como parâmetro para uma conformação ideal da rede, a proporção de um Caps para cada 100.000 habitantes.

Entretanto, para o cálculo da taxa de cobertura, considera-se que o Caps I oferta cobertura para 50.000 habitantes, o Caps III cobre 150.000 habitantes, e os Caps II, Capsi e Caps ad cobrem, cada um, uma população de 100.000 habitantes.

QUADRO 44 – TAXA DE COBERTURA CAPS POR 100 MIL HABITANTES, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	Taxa	Taxa
Brasil	**0,58**	**0,55**
Região Norte		
Acre	0,45	0,29
Amazonas	0,28	0,10
Amapá	0,60	0,33
Pará	0,46	0,33
Rondônia	0,96	0,66
Roraima	1,01	0,36
Tocantins	0,64	0,35
Região Nordeste		
Alagoas	0,86	0,91
Bahia	0,76	0,60
Ceará	0,80	0,79
Maranhão	0,56	0,59
Paraíba	0,93	0,99
Pernambuco	0,47	0,45
Piauí	0,66	0,58
Rio Grande do Norte	0,73	0,69
Sergipe	0,98	0,90
Região Sudeste		
Espírito Santo	0,42	0,39
Minas Gerais	0,55	0,51
Rio de Janeiro	0,51	0,50
São Paulo	0,45	0,45
Região Sul		
Paraná	0,62	0,65
Rio Grande do Sul	0,82	0,80
Santa Catarina	0,74	0,73
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	0,24	0,22
Goiás	0,44	0,38
Mato Grosso	0,74	0,66
Mato Grosso do Sul	0,73	0,51

Fonte: Sispacto

Análise Brasil

A meta nacional pactuada para o ano de 2008 projetou a implantação de 200 novos Caps, o que equivaleria a uma cobertura de 0,58 Caps/100.000 habitantes. A cobertura em saúde mental no Brasil – que era, em dezembro de 2007, de 0,50 – passou em 2008 para 0,55 Caps/100.000 habitantes.

Apesar da meta não ter sido alcançada, houve, nesse período, a implantação de 173 novos serviços no País[5], superando a expansão do ano anterior e expressando uma importante adesão dos gestores do SUS ao novo modelo de atenção em saúde mental, com a priorização de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

Análise regional e estadual

Houve divergência entre dados informados pelos estados de Alagoas (0,91) e Roraima (0,36) e as informações do Ministério da Saúde, com relação à meta alcançada. Para esses estados, os indicadores encontrados são 0,82 e 0,24, respectivamente.

A diferença na informação ocorre pelo fato de os estados em questão terem incluído na base de cálculo serviços não cadastrados nos termos das Portarias MS/GM nº 336/2002 e MS/SAS nº 189/2002, ou cadastrados após dezembro de 2008.

O Quadro 44 possibilita observar que a acessibilidade melhorou em grande parte do País. Seis estados apresentam cobertura considerada muito boa (acima de 0,7 Caps/100.000 habitantes) e dez apresentam, cobertura considerada boa (entre 0,5 e 0,7 Caps/100.000 habitantes).

As Regiões Norte e Centro-Oeste apresentam as menores coberturas do País, apesar da significativa expansão da cobertura que tem sido verificada nessa última região, conforme Quadro 44. Todos os estados da Região Nordeste, exceto Pernambuco, apresentaram indicador de cobertura maior que a média nacional (0,55), demonstrando ampliação regular e significativa da rede de Caps. Na Região Sudeste, a cobertura é inferior à média nacional, sendo menor que 0,5 nos estados

[5] Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e DATASUS

do Espírito Santo e São Paulo. A Região Sul terminou o ano de 2008 com taxas favoráveis de cobertura de Caps, visto que os três estados apresentaram resultados superiores à média nacional.

Comparativo dos resultados 2007 e 2008

QUADRO 45 – COMPARATIVO DA TAXA DE COBERTURA DO CAPS, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2007 E 2008.

UF Residência	Resultado 2007	Resultado 2008
	Razão	Razão
Brasil	**0,50**	**0,55**
Região Norte		
Acre	0,31	0,29
Amazonas	0,11	0,10
Amapá	0,34	0,33
Pará	0,32	0,33
Rondônia	0,55	0,66
Roraima	0,25	0,36
Tocantins	0,28	0,35
Região Nordeste		
Alagoas	0,77	0,91
Bahia	0,52	0,60
Ceará	0,69	0,79
Maranhão	0,48	0,59
Paraíba	0,87	0,99
Pernambuco	0,36	0,45
Piauí	0,56	0,58
Rio Grande do Norte	0,63	0,69
Sergipe	0,88	0,90
Região Sudeste		
Espírito Santo	0,37	0,39
Minas Gerais	0,48	0,51
Rio de Janeiro	0,45	0,50
São Paulo	0,41	0,45
Região Sul		
Paraná	0,60	0,65
Rio Grande do Sul	0,77	0,80
Santa Catarina	0,68	0,73

continua

continuação

UF Residência	Resultado 2007	Resultado 2008
	Razão	Razão
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	0,10	0,22
Goiás	0,29	0,38
Mato Grosso	0,63	0,66
Mato Grosso do Sul	0,49	0,51

Fonte: IBGE e cadastros da Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS /MS (2007) e Sispacto (2008)

O Quadro 45, permite observar que, na maior parte dos estados brasileiros, houve um aumento no indicador de taxa de cobertura de Caps.

Segundo os resultados apresentados, os estados da Região Norte apresentaram maior dificuldade na expansão e consolidação da rede. No entanto, para que haja uma melhor compreensão do problema no âmbito locorregional é preciso que se procedam ajustes no indicador, que não é sensível às características desta região.

Para a análise da cobertura, o gestor deve considerar: a) o contexto local, observando que a política de saúde mental organiza-se a partir de uma rede de serviços e ações articulados; e b) a estrutura da rede, que é composta por ambulatórios ampliados de saúde mental, leitos de atenção integral, Residências Terapêuticas, iniciativas de geração de trabalho e renda, ações de saúde mental na atenção básica, além de outros dispositivos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Indicador Complementar

INDICADOR 39: TAXA DE COBERTURA DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Taxa de cobertura do Programa De Volta para Casa	Número de pessoas beneficiadas/total de beneficiários potenciais*	Sítio da Coordenação de Saúde Mental/ DATASUS	18% de aumento na taxa de cobertura do PVC (647 novos beneficiários).	*pacientes com mais de 2 anos ininterruptos de internação até a Lei nº 10.708/2003.

A taxa de cobertura do Programa De Volta para Casa (PVC) é um importante indicador do processo de desinstitucionalização e inserção social dos pacientes portadores de doença mental. Uma vez que o PVC

tem como público-alvo os pacientes de longa permanência de hospitais psiquiátricos, o cadastramento de novos beneficiários permite avaliar o ritmo e a dimensão do processo de desospitalização e a respectiva inserção dessa população nos serviços substitutivos da rede de saúde mental.

QUADRO 46 – TAXA DE COBERTURA DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	N	N
Brasil	**647**	**441**
Região Norte		
Acre	não pactuado	não informado
Amapá	0	não informado
Amazonas	2	0
Pará	não pactuado	não informado
Rondônia	não pactuado	não informado
Roraima	não pactuado	não informado
Tocantins	não pactuado	não informado
Região Nordeste		
Alagoas	6	2
Bahia	25	6
Ceará	não pactuado	não informado
Maranhão	10	14
Paraíba	não pactuado	não informado
Pernambuco	60	24
Piauí	6	3
Rio Grande do Norte	4	4
Sergipe	6	2
Região Sudeste		
Espírito Santo	2	5
Minas Gerais	não pactuado	não informado
Rio de Janeiro	130	106
São Paulo	100	120
Região Sul		
Paraná	17	7
Rio Grande do Sul	não pactuado	não informado

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	N	N
Santa Catarina	10	4
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	6	3
Goiás	10	1
Mato Grosso	2	2
Mato Grosso do Sul	não pactuado	não informado

Fonte: Sispacto

Análise Brasil

O indicador Taxa de Cobertura do Programa De Volta para Casa (PVC) procura mensurar e dar visibilidade às dificuldades dos estados em cumprir as metas pactuadas para inserção de novos beneficiários no PVC.

Trata-se de um processo que tem se caracterizado por enfrentamentos importantes na desinstitucionalização destes pacientes, que têm demandado um delicado e cuidadoso trabalho, realizado não apenas com os pacientes longamente internados, devido à cronificação, mas também com os familiares e profissionais de saúde, com impactos inclusive sobre a estruturação da rede extra-hospitalar.

Análise regional e estadual

Apesar das dificuldades reportadas acima, cabe ressaltar o desempenho dos estados do Maranhão, Espírito Santo e São Paulo, que ultrapassaram as metas estabelecidas e do Estado do Rio de Janeiro que, mesmo não cumprindo a meta, aproximou-se dela.

A Região Sudeste foi a que apresentou o maior número de inclusões de beneficiários no programa, o que se explica pela presença de maior número de hospitais psiquiátricos[6] nos estados que a compõem e também pela decisão dos gestores desta região de investir no processo

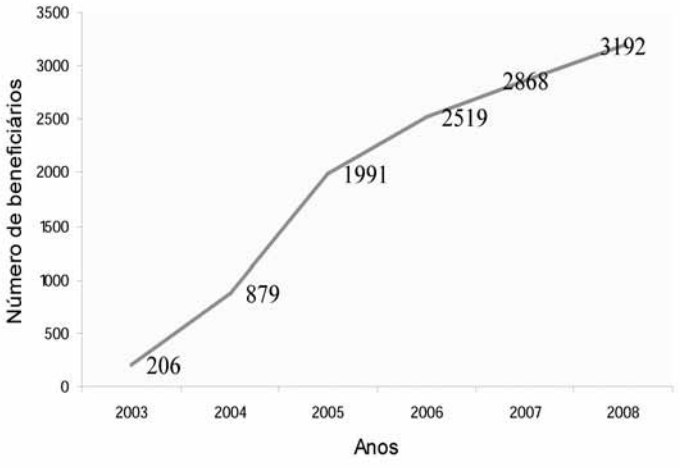
[6] Somente os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais concentram 111 dos hospitais psiquiátricos, num total de 208 em todo o País. Portanto, 53% dos hospitais psiquiátricos estão na Região Sudeste. Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e DATASUS.

de desinstitucionalização, sendo o Estado de São Paulo[7] o caso mais ilustrativo destes esforços.

Análise de tendência

O Gráfico 33 mostra o ritmo de crescimento da inserção de beneficiários no Programa De Volta para Casa no período compreendido entre 2003 e 2008.

GRÁFICO 33 – INCREMENTO ANUAL DE BENEFICIÁRIOS NO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA, 2003–2008.



Fonte: Sistema de Cadastro de Beneficiários no Programa de Volta para Casa/DATASUS (Dados relativos até dezembro de 2008).

Observa-se que o ritmo de inclusão de beneficiários foi maior no período de 2003 a 2007, apresentando uma desaceleração no último ano do período estudado.

A dificuldade de efetivar o processo de desinstitucionalização se explica tanto pela especificidade do trabalho junto aos pacientes e seus familiares para a saída do hospital, quanto por dificuldades para implantação das redes extra-hospitalares locais para a substituição da

[7] Entre os anos de 2007 e 2008, o Estado de São Paulo conduziu um grande levantamento em todos os hospitais psiquiátricos do estado, realizando o Censo Psicossocial para conhecer a situação dos pacientes internados e, em especial, os de longa permanência. Para apresentação dos resultados do Censo foi realizado pelo estado, em dezembro de 2008, um grande seminário, o qual culminou com o compromisso público do Secretário de Estado da Saúde de São Paulo em investir recursos e esforços na desinstitucionalização dos pacientes.

internação psiquiátrica. Também é fundamental, para que se logre êxito no processo de desinstitucionalização, que as equipes locais possam viabilizar a organização dos Serviços Residenciais Terapêuticos para a acolhida dos egressos das internações psiquiátricas que perderam seus vínculos familiares.

Recomendações e observações

O indicador Taxa de Cobertura do PVC aponta para a necessidade de que o sistema de saúde assegure os investimentos necessários ao trabalho de organização da saída dos pacientes moradores dos hospitais psiquiátricos, cuja permanência nesses locais não se justifica pela situação clínica, mas por questões sociais, culturais e econômicas.

Esta situação também alerta para a necessidade de investimentos na organização da rede de saúde mental extra-hospitalar, lembrando que o fechamento programado dos leitos psiquiátricos deve ser acompanhado da concomitante expansão dos serviços abertos e da rede como um todo (ações de saúde mental na atenção básica, Caps, Residências Terapêuticas, leitos para acolhimento da crise e a necessária interface com dispositivos intersetoriais, tais como os vinculados à ação social, trabalho, emprego e cultura).

PRIORIDADE IX – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA DO SISTEMA DE SAÚDE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- Indicador Principal

INDICADOR 40: NÚMERO TOTAL DE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DE SAÚDE AUDITIVA HABILITADOS POR UF

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro/Meta Nacional/ Referência	Observação
Número total de serviços de reabilitação de saúde auditiva habilitados por UF	Nº total de serviços de saúde auditiva habilitados por UF	CNES/MS	Implantar 26 serviços de reabilitação	Este é um indicador pactuado apenas pela União

O indicador mede a quantidade de serviços de saúde auditiva habilitados no SUS pelos estados.

No Brasil, segundo o Censo de 2000/IBGE, existem 24,5 milhões de pessoas com algum tipo/grau de deficiência, das quais 17% com deficiência auditiva, ou seja, cerca de 4,2 milhões de pessoas, dado que indica a importância da implantação dos serviços para atenção em saúde auditiva, em todo o País.

QUADRO 47 – NÚMERO DE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DE SAÚDE AUDITIVA HABILITADOS POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL 2008.

Estado	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
Brasil	**26 serviços**	**12 serviços**
Bahia	-	2
Espírito Santo	-	1
Minas Gerais	-	1
Pará	-	1
Paraná	-	2
Pernambuco	-	1
Piauí	-	1
Rio de Janeiro	-	3

Fonte: CNES

Análise Brasil, regional e estadual

As Redes Estaduais de Serviços de Reabilitação no SUS são redes temáticas, compostas por unidades especializadas no atendimento às necessidades específicas de reabilitação das pessoas com deficiência física, auditiva, visual, intelectual e/ou múltiplas deficiências. A sua organização e implementação envolve a parceria entre Ministério da Saúde, estados, municípios e o Distrito Federal, regida por legislação específica.

As Redes Estaduais de Serviços de Saúde Auditiva (Portarias MS/SAS nº 587/04 e MS/SAS nº 589/04) atenderam, em 2008, mais de 118 mil pessoas.

A partir de 2004, momento em que houve a publicação das normas em atenção à saúde auditiva, até o final de 2008, foram criadas 136 unidades especializadas em saúde auditiva, promovendo, assim, mudança significativa na quantidade de unidades de saúde capazes de prover o acesso necessário à reabilitação das pessoas com deficiência auditiva

no SUS. Houve, de modo concomitante, uma mudança nesta política, que passou da distribuição de aparelhos auditivos para uma proposta de atenção integral, que inclui o diagnóstico, a seleção e adaptação da prótese, a concessão, as terapias fonoaudiológicas e o acompanhamento para o uso efetivo do equipamento.

No ano de 2008 foram implantadas 12 unidades: duas na Bahia e no Paraná, uma no Espírito Santo, Minas Gerais, Pará, Pernambuco e Piauí, e três no Rio de Janeiro.

Recomendações e observações

A partir dos resultados apresentados, pode-se afirmar que houve uma sensível melhora na oferta de serviços voltados para a atenção às pessoas com deficiência pelo SUS, e um dos fatores que pode ter contribuído para isso é a expansão das redes temáticas especializadas.

Para ampliar ainda mais a Rede de Serviços de Saúde Auditiva, recomenda-se o envolvimento efetivo dos governos estaduais e municipais com a proposta de inclusão das pessoas com deficiência, possibilitando acessibilidade a elas em todos os serviços e espaços públicos.

No caso especifico daqueles estados que ainda não têm os serviços de saúde auditiva implantados, seria importante um esforço no sentido de realizarem a sua implantação, conforme os parâmetros e orientações das portarias do Ministério da Saúde. A existência dos serviços evitará que as pessoas com deficiência auditiva precisem se deslocar pelo País, tendo que recorrer aos serviços implantados em outros estados, o que, por vezes, dificulta inclusive o acompanhamento e a realização das terapias necessárias.

PRIORIDADE X – ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO OU RISCO DE VIOLÊNCIA

- Indicador Complementar

INDICADOR 41: PROPORÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA IMPLANTADOS EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS NO ESTADO

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro/Meta Nacional/ Referência
Proporção de redes de atenção integral à mulher e adolescentes em situação de violência implantados em municípios prioritários no estado.	Número de redes municipais de atenção integral a mulheres e adolescentes em situação de violência implantadas no estado/ municípios prioritários no estado x 100	Página ATSM: www.saude. gov. br/ portal cidadão/ saúde da mulher	Implantar redes municipais de atenção integral a mulheres, assim como a adolescentes e crianças de ambos os sexos em situação de violência doméstica e sexual.

A descrição do indicador está baseada na proporção de redes de atenção integral para mulheres e adolescentes organizadas por estados e municípios, de acordo com as prioridades estabelecidas nas políticas públicas.

O indicador de avaliação de redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual é um importante colaborador no desenvolvimento de estratégias, municipais e estaduais, do aumento ou diminuição do número de serviços de saúde que façam acolhimento, atendimento, administração de anticoncepção de emergência, antirretrovirais e vacinas para hepatites, além dos segmentos de atenção psicológica, de assistência social, acompanhamento ambulatorial e encaminhamentos à rede intersetorial.

A Rede Municipal de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência é a organização das estratégias locais (rede de serviços e sociedade civil disponíveis) e que desenvolvem de forma intra e intersetorial as ações de acolhimento, atendimento, notificação, defesa de direitos, responsabilização de agressores e atenção psicossocial para o enfrentamento da violência contra mulheres.

QUADRO 48 – PROPORÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA IMPLANTADOS EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS NO ESTADO, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	N	N
Brasil	**100,0 % UF**	**92,6 %**
Região Norte		
Acre	1	1
Amazonas	1	1
Amapá	1	1
Pará	não pactuado	não informado
Rondônia	1	1
Roraima	1	100*
Tocantins	não pactuado	não informado
Região Nordeste		
Alagoas	1	1
Bahia	não pactuado	não informado
Ceará	não pactuado	não informado
Maranhão	1	1
Paraíba	não pactuado	não informado
Pernambuco	não pactuado	não informado
Piauí	1	0
Rio Grande do Norte	4	1
Sergipe	1	1
Região Sudeste		
Espírito Santo	4	2
Minas Gerais	não pactuado	não informado
Rio de Janeiro	7	não informado
São Paulo	4	8
Região Sul		
Paraná	3	3
Rio Grande do Sul	3	4
Santa Catarina	1	0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	1	1
Goiás	1	1
Mato Grosso	1	0
Mato Grosso do Sul	1	1

Fonte: Sispacto 2008 e Página ATSM: www.saude.gov.br/ portal cidadao/Saude da Mulher/Serviços de Atenção integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
*O estado implementou uma rede, alcançando em 100% o pactuado.

Análise Brasil

Na Portaria MS/GM nº 325/2008, que definiu a pactuação para o ano de 2008, não ficou estabelecido uma meta deste indicador para o País. Nesse sentido, cada Unidade Federada apresentou sua proposição de ampliação e, no cômputo geral, o País expandiu a rede de serviços hospitalares de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

A ampliação da rede de atenção integral está diretamente relacionada a parcerias estaduais e municipais com o Ministério da Saúde e/ou iniciativas locais próprias para formação de recursos humanos, adequação de ambientes hospitalares e disponibilização de medicamentos (anticoncepção de emergência, antirretrovirais, vacinas e outros), bem como a organização da rede e serviços de referência e contrarreferência no município. As parcerias podem ser técnicas ou financeiras e objetivam a implantação e implementação de serviços de atenção à saúde no atendimento de mulheres e adolescentes vitimizadas pela violência doméstica e/ou sexual.

Em 2008 foram estabelecidas 22 parcerias financeiras por intermédio de convênios com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e Universidades para capacitação, organização de protocolos e fluxos de atendimento para atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Análise regional e estadual

Os dados apresentados no Quadro 48, revelam que os estados apresentaram considerável alcance das metas propostas. No entanto, os estados do Rio Grande do Norte e Espírito Santo informaram dificuldades operacionais que os impossibilitaram de realizar 100% da meta prevista.

Os estados do Pará, Tocantins, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco e Minas Gerais não pactuaram este indicador. Entretanto, trabalharam no sentido de ampliar suas formas de atendimento para as mulheres em situação de violência doméstica e sexual.

Os estados do Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Norte, Roraima e Tocantins têm apresentado necessidade de maior apoio para a implantação e implementação de suas redes, visto as dificuldades de sustentabilidade e institucionalização das ações de prevenção, atendimento e recuperação para as mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, informadas.

O Estado do Rio de Janeiro, embora não tenha apresentado resultados sobre a implantação e/ou implementação de redes no Sispacto, desenvolveu oito novos serviços em redes municipais.

Comparativo dos resultados 2007 e 2008

Em janeiro de 2007, 138 hospitais atendiam situações de violência sexual cometida contra mulheres e adolescentes, e, destes, 68 são serviços de referência na interrupção da gestação prevista em lei. Já em 2008, o País apresenta, como resultados dos investimentos técnicos e financeiros que foram realizados, um total de 442 serviços de saúde em atividade no atendimento de mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, sendo que destes estabelecimentos, 60 hospitais realizam interrupção de gestação.

A redução dos serviços de referência na interrupção da gestação está diretamente relacionada às decisões políticas de gestores hospitalares e de secretarias de saúde, ou ainda, pela objeção de consciência de médicos ginecologistas que optam pelo não atendimento dessa necessidade da mulher.

QUADRO 49 – COMPARATIVO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS EM 2007 E 2008

2007	2008
138 Serviços de Referência em Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência sexual em 27 estados	442 Serviços de Referência em Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual em 27 estados
68 Serviços de Referência na Interrupção da Gestação Prevista em Lei	60 Serviços de Referência na Interrupção de Gestação Prevista em Lei
Nenhuma informação sobre serviços de Atenção à violência doméstica contra mulheres e adolescentes	400 Serviços de Atenção à violência doméstica contra mulheres e adolescentes

Fonte: Relatório de Gestão da Área Técnica de Saúde da Mulher 2003 a 2007 e respostas ao Ofício nº 77/2008.

Encontravam-se em desenvolvimento, no ano de 2008, 25 convênios, entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde para a implementação de novas redes municipais. Naquele ano, 216 municípios estavam em fase de organização da atenção com previsão de capacitação para 5.800 profissionais de saúde e áreas parceiras.

No contexto regional observa-se um esforço para a ampliação da rede de serviços. Nos estados da Região Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul foram formalizados, entre os anos 2007 e 2008, convênios afetos aos temas de implantação de redes e serviços de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. O Sudeste é a região mais avançada na organização de redes e serviços, e nos anos de 2007 e 2008 formalizaram convênios os estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro.

Recomendações e observações

Para que a meta Brasil seja alcançada no período proposto é importante que estados e municípios desenvolvam estratégias para organizar suas Redes de Atenção Integral para mulheres e adolescentes em situação de violência, com mecanismos de acompanhamento, monitoramento do desempenho e qualidade da atenção.

Recomenda-se que os estados que não pactuaram a meta, em 2008, revejam suas posições em relação à expansão da Rede de Atenção Integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, em decorrência da grande procura dessas vítimas aos serviços de saúde.

Outro ponto relevante é a institucionalização da estratégia da atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência como ação de governo, devendo estar integrada aos Planos Estaduais de Enfrentamento da Violência contra a Mulher.

Indicador Principal

INDICADOR 42: PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO ESTADO COM NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL, E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS, IMPLANTADAS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro/Meta Nacional/Referência	Observação
Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências, implantadas	Número de municípios com notificação implantada no estado/número de municípios prioritários no estado x 100	Site SVS CGDANT www.saude.gov.br/svs/cgdant	Implantar a Ficha de notificação/ investigação de violência doméstica, sexual e/ ou outras violências em 80% dos estados e 50% dos municípios prioritários.	100% dos estados têm municípios prioritários realizando as notificações de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências. 61,5% dos municípios prioritários estão realizando a notificação de violência doméstica, sexual, e/ou utras violências.

O indicador expressa o número de municípios que implantaram a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em cada estado.

As consequências das violências e acidentes para o sistema de saúde e para a sociedade apontam para a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informações de mortalidade e morbidade por causas externas, com vistas a subsidiar a formulação de políticas públicas específicas para a prevenção do problema, atenção integral às vítimas e promoção da saúde e cultura de paz (Brasil, 2008).

Neste sentido, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre violências e acidentes, o que possibilitou conhecer a magnitude desses graves problemas de saúde pública.

O Viva foi estruturado em dois componentes: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (Viva Contínuo); e 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (Viva Sentinela).

QUADRO 50 – PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO ESTADO COM NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OUTRAS VIOLÊNCIAS, IMPLANTADAS, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**60,0**	**61,5**
Região Norte		
Acre	100,0	100,0
Amazonas	100,0	100,0
Amapá	100,0	100,0
Pará	34,0	34,0
Rondônia	100,0	100,0
Roraima	50,0	50,0
Tocantins	100,0	100,0
Região Nordeste		
Alagoas	100,0	50,0
Bahia	50,0	50,0
Ceará	100,0	66,5
Maranhão	100,0	50,0
Paraíba	100,0	50,0
Pernambuco	100,0	66,5
Piauí	100,0	100,0
Rio Grande do Norte	100,0	100,0
Sergipe	100,0	100,0
Região Sudeste		
Espírito Santo	70,0	66,5
Minas Gerais	50,0	40,0
Rio de Janeiro	23,0	61,0
São Paulo	65,0	86,5
Região Sul		
Paraná	29,0	50,0
Rio Grande do Sul	100,0	50,0
Santa Catarina	100,0	50,0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	100,0	100,0
Goiás	34,0	34,0
Mato Grosso	100,0	100,0
Mato Grosso do Sul	100,0	50,0

Fonte: Viva/SVS/MS e Sinan Net/SVS/MS

Análise Brasil

Os resultados alcançados em relação a esse indicador diferiram dos verificados no Sispacto, em função da análise ter sido feita considerando os estados e municípios que estão notificando "Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências" nos sistemas Viva Epiinfo e Viva Sinan Net.

Apesar dessas divergências entre os bancos de dados verifica-se, no Quadro 50, que o País alcançou a meta pactuada para o período, tendo como resultado 61,5% dos municípios prioritários realizando notificação de Violência Doméstica, Sexual, e/ou Outras Violências.

Análise regional e estadual

Dentre as cinco regiões do País, apenas na Região Norte verifica-se que a totalidade dos estados atingiram a meta pactuada.

Na Região Nordeste, os estados de Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Ceará e Maranhão não atingiram a meta.

No Sudeste, os estados do Espírito Santo e Minas Gerais não atingiram a meta, enquanto os estados do Rio de Janeiro e São Paulo ultrapassaram a meta pactuada.

Nas regiões Sul e Centro-Oeste, os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina e o Estado do Mato Grosso do Sul não atingiram a meta pactuada, respectivamente.

Recomendações e observações

Os resultados apresentados sugerem uma reflexão sobre a necessidade de ampliação das ações do SUS voltadas para a promoção da cultura de paz, prevenção e controle das causas externas.

O enfrentamento da violência representa, portanto, um desafio que diz respeito ao melhor conhecimento do perfil epidemiológico das causas externas, sua magnitude, distribuição e gravidade, notadamente em relação às informações sobre violência doméstica, sexual e outras violências, onde ainda impera a lei do silêncio, do medo, dos tabus e do preconceito (BRASIL,2008).

Os dados apresentados neste relatório levantam, portanto, a necessidade de que sejam discutidos o grau de priorização do processo da notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, como também que sejam realizados esforços no sentido de ampliar o conhecimento sobre as reais dificuldades de cada estado no que tange ao insucesso no alcance das metas que foram pactuadas.

PRIORIDADE XI – SAÚDE DO HOMEM

- Indicador Principal

INDICADOR 43: POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM ELABORADA E PUBLICADA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro/Meta Nacional/ Referência
Política da Saúde do Homem elaborada e publicada	Política da Saúde do Homem elaborada e publicada pelos estados	Saúde do Homem/ DAPES/SAS/MS	Elaborar, publicar e implantar a Política de Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem não havia sido formalmente instituída em 2008. Desse modo, embora tenha sido objeto de pactuação, o indicador da Política de Saúde do Homem não pode ser calculado e, por este motivo, não será objeto de análise neste relatório.

PACTO DE GESTÃO

I - RESPONSABILIDADES GERAIS

- Indicador Principal

INDICADOR 44: 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 terceiras doses registradas de vacina DTP+ Hib (tetravalente) em crianças menores de 1 ano/ número de nascidos vivos multiplicado por 100	Siapi http://pni.datasus.gov.br	Meta: ≥ 95%	Na soma das 3ª doses são incluídas as vacinas pentavalente e hexavalente que possuem os componentes DTP+Hib

O indicador de cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano de idade representa a proporção da população-alvo imunizada para difteria, tétano, coqueluche e Haemophilus influenzae tipo b – Hib. É um indicador operacional e avalia o desempenho dos serviços de imunização nos estados e municípios sob este aspecto.

QUADRO 51 – COBERTURA VACINAL POR TETRAVALENTE EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÕES E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado	%
	N	N	
Brasil	**2.849.532**	**2.848.703**	**99,9**
Região Norte	**299.030**	**314.667**	**105,2**
Acre	16.407	15.786	96,2
Amazonas	69.823	67.162	96,2
Amapá	13.425	14.853	110,6
Rondônia	26.694	28.080	105,2
Roraima	9.221	8.756	95,0
Pará	138.390	154.475	111,6
Tocantins	25.070	25.555	101,9
Região Nordeste	**868.648**	**895.106**	**103,0**
Alagoas	57.684	52.831**	91,6
Bahia	209.145*	219.104**	104,8

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado	%
	N	N	
Ceara	133.187	133.187	100,0
Maranhão	123.929	137.299	110,8
Paraíba	61.138	62.596	102,4
Pernambuco	144.207	152.203	105,5
Piauí	54.106	52.909	97,8
Rio Grande do Norte	49.744	48.121	96,7
Sergipe	35.508	36.856	103,8
Região Sudeste	**1.103.202**	**1.061.174**	**96,2**
Espírito Santo	49.819	51.759	103,9
Minas Gerais	252.631	256.662	101,6
Rio de Janeiro	212.035	195.243	92,1
São Paulo	588.717	557.510	94,7
Região Sul	**358.882**	**352.655**	**98,3**
Paraná	152.424	146.639	96,2
Rio Grande do Sul	126.019	123.683	98,1
Santa Catarina	80.439	82.333	102,4
Região Centro-Oeste	**219.770**	**225.101**	**102,4**
Distrito Federal	43.630	43.894	100,6
Goiás	86.933	91.910	105,7
Mato Grosso	49.840	49.427	99,2
Mato Grosso do Sul	39.367	39.870	101,3

Fonte: Sispacto (*Sinasc/ **SI-API)

Análise Brasil, regional e estadual

Para esse indicador foi pactuada a meta nacional de 95% de cobertura da população-alvo (menores de 1 ano de idade). A meta foi estimada a partir do número de nascidos vivos registrados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), ano base 2005. Para cumprimento da meta faz-se necessário vacinar 100% do valor absoluto pactuado.

Os dados do Quadro 51 demonstram que foi cumprida a meta para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Desagregando os dados por cada região verifica-se que na Região Norte do País, somente os estados do Acre, Amazonas e Roraima ficaram abaixo da meta e, os estados do Amapá (110,6%) e Pará (111,6%) elevaram a média de cobertura regional.

Na Região Nordeste, seis dos nove estados atingiram ou superaram a meta pactuada. Cabe aqui ressaltar duas situações que ocorreram entre estados dessa região: o Estado da Bahia registrou a sua pactuação em percentuais e apresentou os resultados em percentuais, enquanto o Estado de Alagoas registrou a sua pactuação em números absolutos e apresentou os resultados em percentuais. Assim, no momento da consolidação dos dados, os registros desses dois estados foram transformados em valores absolutos para efeito de comparabilidade e uniformidade da análise.

Nessa região apenas os estados do Piauí, Rio Grande do Norte e Alagoas ficaram abaixo da meta pactuada, destacando-se o Estado de Alagoas que só alcançou 91,6% de cobertura.

Em que pese as regiões Sul e Sudeste terem apresentado resultados de coberturas vacinais abaixo do pactuado, os estados do Espírito Santo e Minas Gerais (Região Sudeste) e Santa Catarina (Região Sul) alcançaram coberturas adequadas.

Na Região Centro-Oeste, os estados de Goiás e Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal atingiram suas metas, superando-as, o que justifica a meta regional acima de 100%.

Recomendações e observação

Deve-se levar em conta que a base de dados do Sinasc, denominador para o cálculo da estimativa de coberturas vacinais no ato da pactuação em 2007, referia-se ao ano 2005 (último ano disponível na base nacional), razão que justifica as divergências entre os dados do Sispacto e do Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações (Siapi), discordância esta, que pode estar relacionada à atualização dos bancos de dados de ambos os sistemas, possivelmente realizado em tempos discordantes. Por esse motivo, foi proposto que o Pacto seja realizado considerando a porcentagem de 95% ou mais da população-alvo vacinada, ou seja, as crianças menores de 1 ano de idade, tendo como referência, no momento da avaliação dos resultados, a base do Sinasc mais atual.

INDICADOR 45: PROPORÇÃO DE ÓBITOS NÃO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BÁSICAS DEFINIDAS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
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	- UF com proporção maior ou igual a 95%: manter-se dentro deste estrato. - UF com proporção maior ou igual que 90% e menor que 95%: aumentar em relação ao período anterior. - UF com proporção maior ou igual a 85% e menor que 90%: aumentar para 90% ou mais. - UF com proporção menor que 85% aumentar para 85% ou mais.

Esse indicador expressa a proporção do número de óbitos não fetais com causa básica definida, notificados ao SIM, residentes em determinado espaço geográfico e no ano considerado. Para efeito deste cálculo, a causa básica é considerada definida quando é classificada como integrante de qualquer capítulo da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), excetuando os códigos R00 a R99, do Cap. XVIII (sinais, sintomas e achados anormais ao exame clínico e laboratorial).

A proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas é um indicador internacional de avaliação dos sistemas de mortalidade dos países. Trata-se de um indicador da qualidade da informação de mortalidade de um determinado espaço geográfico e tempo considerado, pois avalia a qualidade das estatísticas de mortalidade e, indiretamente, das condições de prestação de serviços de saúde. Além disso, contribui para subsidiar a adoção de medidas destinadas a aprimorar o preenchimento da Declaração de Óbito.

QUADRO 52 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS NÃO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BÁSICAS DEFINIDAS, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2007.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado*
	%	%
Brasil	**90,0**	**92,3**
Região Norte		
Acre	93,0	92,6
Amazonas	85,0	82,4
Amapá	85,0	83,4
Pará	85,0	85,6
Rondônia	87,1	92,4
Roraima	95,0	94,9
Tocantins	97,0	96,4
Região Nordeste		
Alagoas	90,0	93,0
Bahia	85,0	85,9
Ceará	95,0	94,9
Maranhão	90,0	91,8
Paraíba	90,0	91,8
Pernambuco	94,5	94,7
Piauí	93,1	95,7
Rio Grande do Norte	96,3	96,4
Sergipe	92,5	92,8
Região Sudeste		
Espírito Santo	80,0	97,0
Minas Gerais	90,0	88,8
Rio de Janeiro	91,0	90,9
São Paulo	93,8	93,6
Região Sul		
Paraná	95,0	95,3
Rio Grande do Sul	95,0	95,1
Santa Catarina	93,0	91,4
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	95,0	95,7
Goiás	94,0	93,4
Mato Grosso	94,2	96,5
Mato Grosso do Sul	95,0	98,3

Fonte: SIM (* banco de dados do ano de 2007)

Análise Brasil, regional e estadual

A média de óbitos não fetais com causa definida (SIM 2007) foi de 92,3%, o que representa um valor acima da média pactuada para o País.

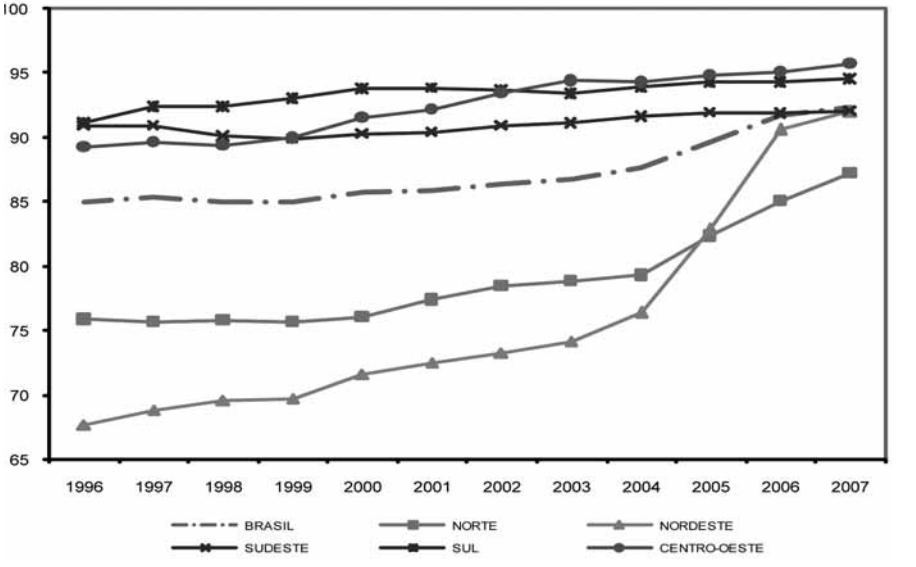
Destaque-se que os resultados apresentados no relatório podem diferir dos dados informados no Sispacto. Essa divergência ocorre devido à utilização, neste relatório, dos resultados obtidos no último banco de dados publicado nacionalmente (ano de 2007) e pela possibilidade dos estados terem registrado no Sispacto os resultados parciais de 2008.

Entre 2002 a 2007, o Brasil melhorou a causa básica definida do óbito em cerca de 7%. De 2006 a 2007, a variação foi de 0,7%, conforme pode ser constatado no Gráfico 36.

Análise de tendência

A Região Norte foi a única região com menos de 90% dos óbitos com causas definidas (87%), apesar da melhora dos dados nos últimos anos (Gráfico 34). As regiões Centro-Oeste e Sul apresentaram os melhores resultados nesse indicador. Destaque-se a Região Nordeste, que melhorou a definição da causa de óbito em 26%, entre os anos de 2002 e 2007.

GRÁFICO 34 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS NÃO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BÁSICAS DEFINIDAS, SEGUNDO REGIÃO, BRASIL, 1996 A 2007.



Fonte: SIM/SVS

Os estados do Amazonas, Pará, Amapá, Bahia e Minas Gerais foram os únicos estados com menos de 90% de definição da causa básica de óbito.

Entre 2002 e 2007, os estados que mais avançaram na melhora desse indicador em suas regiões foram o Pará e Acre (Região Norte); Paraíba e Maranhão (Região Nordeste); Espírito Santo (Região Sudeste); Santa Catarina (Região Sudeste); e Mato Grosso (Região Centro-Oeste), com destaque para os estados do Nordeste que apresentaram sensível melhora do indicador (Tabela 3).

De acordo com a Tabela 3, alguns estados não apresentaram melhora do indicador no último ano: Amapá, Tocantins, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul. Destes, dois estados apresentaram proporções de óbitos definidos possíveis de melhora: Amapá (83,4%) e Rio de Janeiro (90,9%).

Cabe ainda destacar que 11 estados não alcançaram a meta pactuada: Acre, Amazonas, Amapá, Roraima, Tocantins, Ceará, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Goiás (Quadro 52).

TABELA 3 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS NÃO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BÁSICAS DEFINIDAS, SEGUNDO REGIÃO, UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2000 A 2007.

UF de Residência	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% variação 2006/07	% variação 2002/07
Brasil	**86,3**	**86,7**	**87,6**	**89,6**	**91,7**	**92,3**	**0,7**	**6,9**
Região Norte	**78,4**	**78,8**	**79,2**	**82,3**	**85,0**	**87,2**	**2,6**	**11,2**
Acre	76,5	75,1	70,7	92,3	91,7	92,6	1,0	21,0
Amazonas	74,8	74,6	77,4	78,7	79,4	82,4	3,8	10,1
Amapá	87,6	84,6	85,4	85,7	84,6	83,4	-1,4	-4,9
Pará	73,7	74,6	74,3	77,6	82,3	85,6	4,0	16,1
Rondônia	88,9	87,6	88,8	90,6	92,2	92,4	0,2	3,9
Roraima	95,6	93,3	92,0	93,8	94,4	94,9	0,6	-0,7
Tocantins	88,2	93,4	95,0	94,5	97,0	96,4	-0,6	9,3
Região Nordeste	**73,2**	**74,1**	**76,3**	**82,8**	**90,5**	**91,9**	**1,6**	**25,5**
Alagoas	71,8	72,8	74,8	86,5	89,6	93,0	3,7	29,4
Bahia	74,6	74,3	75,2	74,7	85,1	85,9	0,9	15,1
Ceará	74,5	73,9	75,2	80,9	93,8	94,9	1,1	27,3
Maranhão	59,7	62,6	63,4	83,4	89,7	91,8	2,4	53,9

continua

continuação

UF de Residência	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% variação 2006/07	% variação 2002/07
Paraíba	59,5	65,1	70,3	84,4	88,8	91,8	3,4	54,2
Pernambuco	81,0	82,3	83,8	90,0	94,1	94,7	0,7	16,9
Piauí	74,1	73,8	75,7	77,9	93,5	95,7	2,4	29,3
Rio Grande do Norte	73,0	75,1	80,0	91,5	95,0	96,4	1,4	32,0
Sergipe	76,5	76,2	89,4	90,5	91,8	92,8	1,0	21,3
Região Sudeste	**90,9**	**91,1**	**91,5**	**91,9**	**91,8**	**92,0**	**0,2**	**1,2**
Espírito Santo	88,2	93,6	95,4	95,6	96,5	97,0	0,5	9,9
Minas Gerais	86,9	87,0	87,6	88,5	88,3	88,8	0,5	2,2
Rio de Janeiro	89,2	89,2	90,3	90,7	91,0	90,9	-0,1	1,8
São Paulo	93,5	93,6	93,6	93,7	93,5	93,6	0,1	0,1
Região Sul	**93,7**	**93,3**	**93,8**	**94,2**	**94,2**	**94,5**	**0,3**	**0,8**
Paraná	95,4	95,0	94,9	95,2	95,1	95,3	0,3	-0,1
Rio Grande do Sul	94,3	93,5	94,3	94,6	94,9	95,1	0,1	0,8
Santa Catarina	88,7	89,6	90,7	91,3	90,9	91,4	0,5	3,0
Região Centro-Oeste	**93,4**	**94,3**	**94,2**	**94,8**	**95,1**	**95,7**	**0,7**	**2,4**
Distrito Federal	93,4	94,3	94,2	94,8	95,1	95,7	0,7	2,4
Goiás	92,0	92,4	92,7	92,8	93,0	93,4	0,4	1,5
Mato Grosso	91,8	94,1	91,7	93,6	94,1	96,5	2,6	5,2
Mato Grosso do Sul	96,8	97,6	98,4	98,2	98,4	98,3	-0,1	1,6

Fonte: SIM/SVS

Recomendações e observações

É importante registrar que, em 2008, foi implantado, como estratégia de qualificação das causas básicas dos óbitos, o Projeto "Autopsia Verbal". Esse projeto foi iniciado como um piloto em municípios de 15 estados (Amazonas, Pará, Rondônia, Tocantins, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Alagoas, Sergipe, Rio de Janeiro e Minas Gerais) e validou os instrumentos de investigação – manuais e formulários – que são os instrumentos necessários para a execução das ações de vigilância de óbitos.

INDICADOR 46: 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 residentes/total de população menor de 15 anos x 100.000	Sinan	Meta – Notificar no mínimo 1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 anos	As metas nacional e estaduais são semelhantes

O indicador Taxa de Notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA), visa avaliar a sensibilidade do sistema de vigilância epidemiológica da PFA na detecção de casos suspeitos de poliomielite em menores de 15 anos de idade, para garantir a manutenção da erradicação dessa doença no Brasil. É uma ação considerada de prioridade nacional, por se tratar da vigilância de uma doença de responsabilidade sanitária internacional que, apesar de erradicada nas Américas, tem potencial risco de reintrodução no País, devido à circulação do poliovírus selvagem em outros países da África e Ásia com os quais o Brasil mantém estreitas relações econômicas e culturais.

QUADRO 53 – TAXA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE PFA EM MENORES DE 15 ANOS, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÕES E BRASIL, 2008.

Unidade Federada / Região	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
		/100.000
Brasil	**594**	**1,2**
Região Norte	**57**	**1,8**
Acre	3	3,3
Amapá	3	2,6
Amazonas	13	1,7
Pará	27	1,1
Rondônia	6	3,8
Roraima	2	3,4
Tocantins	5	1,8
Região Nordeste	**172**	**1,3**
Alagoas	11	1,1
Bahia	45	1,2
Ceará	28	1,4
Maranhão	23	1,1

continua

continuação

Unidade Federada / Região	Meta Pactuada	Resultado Alcançado /100.000
Paraíba	11	1,1
Pernambuco	27	1,3
Piauí	10	1,6
Rio Grande do Norte	10	1,4
Sergipe	7	2,4
Região Sudeste	**216**	**1,0**
Espírito Santo	10	1,0
Minas Gerais	56	1,3
Rio de Janeiro	40	0,5
São Paulo	110	1,1
Região Sul	**76**	**1,0**
Paraná	30	1,1
Rio Grande do Sul	1*	1,0
Santa Catarina	17	0,7
Região Centro-Oeste	**41**	**1,1**
Distrito Federal	1*	0,9
Goiás	17	1,3
Mato Grosso	9	1,1
Mato Grosso do Sul	7	1,3

Fonte: COVER/SVS/MS
* O Rio Grande do Sul e o Distrito Federal apresentaram a meta pactuada em forma de taxa.

Análise Brasil

É importante registrar que a meta pactuada e os resultados alcançados (informados no Sispacto) apresentaram unidades de medidas diferentes, ou seja, uma parte está apresentada em número absoluto e outra parte calculada na forma de taxa.

Entretanto, para efeito de análise dos dados foi utilizada a meta mínima (pactuada para os estados e o Brasil) de um caso por 100.000 habitantes menores de 15 anos, a unidade de medida definida no instrutivo da pactuação (taxa) e os dados do sistema de informação utilizado pelos estados (e não o Sispacto). Além disso, nesta análise, estão sendo consideradas as metas esperadas e os resultados alcançados sobre a população do ano 2008.

O Brasil, em 2008, alcançou uma taxa de notificação de PFA de 1,2 casos/100.000 habitantes menores de 15 anos, resultado considerado satisfatório para a Vigilância Epidemiológica. Apenas 11,1% – ou seja, três das 27 Unidades Federadas (Rio de Janeiro, Santa Catarina e Distrito Federal) não alcançaram a meta mínima pactuada, conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Análise regional e estadual

No que diz respeito às regiões do Brasil, todas alcançaram a meta mínima esperada, de um caso/100 mil (habitantes < de 15 anos de idade), evidenciando melhor desempenho as regiões Norte e Nordeste.

A Região Norte manteve a melhora nas taxas de notificação de PFA alcançadas a partir de 2007, em todos os estados da região. Esse resultado é reflexo do esforço conjunto dos profissionais de saúde das fontes notificadoras e das vigilâncias epidemiológicas, no intuito de melhorar a sensibilidade e a qualidade das ações de vigilância, principalmente, em relação à notificação e à investigação mais oportuna dos casos suspeitos. Em 2008, observou-se que todos os estados alcançaram resultados superiores à meta pactuada, demonstrando melhora importante na sensibilidade da vigilância.

A Região Nordeste, embora tenha apresentado, em 2008, uma diminuição no número total de casos notificados quando comparado ao ano de 2007 (233 para 200 casos notificados) continua se destacando por apresentar taxas de notificação mais homogêneas entre os estados, com sustentação ao longo dos anos, sugerindo maior sensibilidade das vigilâncias. Em 2008, a meta pactuada nesta região foi satisfatória em todos os estados, se destacando o Estado de Sergipe, que apresentou taxa de 2,4 casos/100.000, bem superior à meta mínima esperada.

Já na Região Centro-Oeste, apenas o Distrito Federal apresentou taxa de notificação insatisfatória (0,9 casos/100.000), enquanto os demais estados dessa região atingiram a meta mínima pactuada. Todavia, vale ressaltar a melhora evidenciada nos estados do Mato Grosso do Sul e Goiás, quando comparada aos resultados alcançados em anos anteriores.

O Estado de Santa Catarina foi o único da Região Sul que, em 2008, não alcançou a meta mínima esperada, apresentando taxa de notificação de 0,7/100.000 (bem inferior à meta mínima esperada de 1 caso/100 mil). Nesse estado verificou-se uma piora considerável na sensibilidade da vigilância em relação ao ano de 2007, cuja taxa alcançada foi de 1,5/100 mil.

Na Região Sudeste destaca-se o desempenho da vigilância da PFA no Estado de Minas Gerais. Por outro lado, o Estado do Rio de Janeiro apresentou taxa de 0,5 casos/100 mil, sendo que esse estado também não alcançou a meta pactuada nos dois anos anteriores.

Recomendações e observações

É importante destacar o desempenho evidenciado pela vigilância da PFA no ano de 2008, em que 88,8% das Unidades Federadas cumpriram a meta pactuada para o indicador "Taxa de notificação de casos de PFA".

Todavia, é essencial que as vigilâncias dos estados que obtiveram bons desempenhos em 2008 se motivem para superação das suas metas e, que haja a cooperação necessária da esfera federal aos estados que apresentaram metas insatisfatórias, para a implementação de estratégias que possam contribuir para melhorar o desempenho da vigilância e garantir o alcance das metas de qualidade dos seus indicadores.

Recomenda-se que as metas pactuadas, bem como os resultados apresentados pelos estados no sistema Sispacto, estejam uniformizados em forma de taxa, e não sejam apresentados em números absolutos.

Assegurar a qualidade da vigilância da PFA e manter elevadas e homogêneas coberturas vacinais constituem desafios a ser enfrentados de forma integrada e articulada pelos profissionais de saúde, técnicos e gestores do SUS, em todos os níveis do sistema.

Neste sentido, e no intuito de refletir satisfatoriamente nos resultados do indicador analisado, é importante destacar três grupos de ações desenvolvidas ao longo de 2008, pelo Ministério da Saúde, para a melhoria da vigilância da PFA:

I. atividades de supervisão e assessoria aos estados, com ênfase nos estados considerados prioritários (com indicadores insatisfatórios);
II. ações de capacitação e atualização das ações de vigilância da PFA para os coordenadores estaduais da Vigilância Epidemiológica e técnicos do Laboratório Central (Lacen) responsáveis pelo envio das amostras de PFA aos laboratórios de referência nacional;
III. oficinas de capacitações macrorregionais teórico-prática em vigilância epidemiológica da PFA para médicos da rede de assistência do SUS, visando à sensibilização desses profissionais para importância da notificação e da realização da avaliação clínica neurológica e acompanhamento dos casos de PFA.

INDICADOR 47: PROPORÇÃO DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS INVESTIGADAS OPORTUNAMENTE

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Proporção de doenças exantemáticas investigadas oportunamente	Total de casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados em até 48 horas após a notificação e que tenham as variáveis, DT de investigação, DT de exantema, DT da coleta e se realizou bloqueio vacinal preenhido/ total de casos suspeitos de sarampo e rubéola notificados x 100	Sinan	80% dos casos suspeitos investigados adequadamente.

Esse indicador avalia a qualidade da vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas, considerando que todas as medidas de prevenção e controle devem ser realizadas no prazo oportuno para evitar a disseminação dos vírus no País. Ele será acompanhado para a certificação da eliminação dessas doenças.

Apesar de ser um indicador de qualidade e oportunidade da Vigilância Epidemiológica, apenas duas variáveis o compõem: a data da notificação e a data da investigação do caso notificado, demonstrando simplicidade no mesmo. Dessa forma, os casos investigados oportunamente fornecem o conhecimento da investigação dos casos e o controle e prevenção de novos casos das doenças sob eliminação.

QUADRO 54 – PROPORÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS (SARAMPO E RUBÉOLA) INVESTIGADOS EM ATÉ 48 HORAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**80,0**	**91,6**
Região Norte		
Acre	90,0	85,7
Amapá	80,0	90,5
Amazonas	80,0	89,0
Pará	80,0	73,8
Rondônia	80,0	96,0
Roraima	80,0	100,0
Tocantins	80,0	95,0
Região Nordeste		
Alagoas	80,0	83,8
Bahia	80,0	89.4
Ceará	80,0	61,8
Maranhão	80,0	86.4
Paraíba	80,0	71,3
Pernambuco	80,0	82.3
Piauí	80,0	84,1
Rio Grande do Norte	80,0	78,8
Sergipe	80,0	98,7
Região Sudeste		
Espírito Santo	80,0	93,9
Minas Gerais	80,0	94,8
Rio de Janeiro	80,0	88,2
São Paulo	80,0	72,8
Região Sul		
Paraná	80,0	97,1
Rio Grande do Sul	80,0	88,7
Santa Catarina	80,0	90,5
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	80,0	90,0
Goiás	80,0	65,2
Mato Grosso	80,0	88,6
Mato Grosso do Sul	80,0	91,7

Fonte: Sispacto

Análise Brasil, regional e estadual

Das 27 Unidades Federadas, 20 (74%) alcançaram a meta estipulada do indicador de investigação oportuna das doenças exantemáticas. No âmbito nacional, cabe destacar que os estados de São Paulo, Goiás e Pará não conseguiram investigar oportunamente os casos suspeitos de sarampo e rubéola. Na Região Nordeste três estados tiveram mais dificuldades que os demais em alcançar a meta (Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba) e no Sul, todos os três estados alcançaram a meta estipulada.

Recomendações e observações

O Brasil assumiu o compromisso de eliminar o sarampo e a rubéola até 2012. Nesse sentido, indicadores de qualidade da vigilância, dentre eles o indicador de investigação oportuna, devem ter acompanhamento mensal e a avaliação do banco de dados deve ser sistemática para o alcance da meta estipulada.

As recomendações para o alcance da meta são essencialmente, duas: (i) manter o acompanhamento dos casos suspeitos de sarampo e rubéola para a realização das medidas de prevenção e controle, evitando que ocorra a reintrodução do vírus no País; e (ii) assegurar a digitação de todos os campos da ficha de investigação epidemiológica, como condição primordial e imprescindível para o acompanhamento e a análise do indicador.

INDICADOR 48: PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	Número de casos de DNC encerrados oportunamente, residentes em determinado local e notificados em determinado ano/ número de casos de DNC, residentes em determinado local e notificados em determinado ano x 100	Sinan	Meta – 75% no mínimo dos casos de DNC residentes, notificados e investigados oportunamente em determinado período.	Consideram-se aceitáveis valores ≥ 80% e inaceitáveis valores abaixo de 60%.

Esse indicador reflete a proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória no País, conforme estabelecido na Portaria MS/SVS nº 5/2006, cuja investigação foi encerrada dentro do prazo preconizado para cada agravo. 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 de notificação.

É um indicador útil para avaliar a eficiência do sistema de vigilância epidemiológica, quanto à sua agilidade em encerrar a investigação dos casos notificados e atualizar os dados no sistema de informação. Os dados das investigações concluídas oportunamente fornecem o conhecimento de casos confirmados e descartados e, por conseguinte, permitem orientar a aplicação e avaliação das medidas de controle em tempo hábil.

QUADRO 55 – PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**76,0**	**76,3**
Região Norte		
Acre	80,0	84,3 **
Amazonas	79,3	76,9*
Amapá	74,0	66,2 **
Pará	77,0	67,4 **
Rondônia	76,9	63,8*
Roraima	70,0	83,4 **
Tocantins	80,0	80.0*
Região Nordeste		
Alagoas	80,0	68,1**
Bahia	75,0	58,7 *
Ceará	75,0	77,6 *
Maranhão	72,3	73,6 *
Paraíba	67,3	63,0 **
Pernambuco	80,0	69,9 *
Piauí	80,0	82,5 *
Rio Grande do Norte	68,3	50,3 *

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Sergipe	80,0	89,3*
Região Sudeste		
Espírito Santo	80,0	81,2 *
Minas Gerais	80,0	80,7 *
Rio de Janeiro	73,1	67,87*
São Paulo	80,0	83,0 *
Região Sul		
Paraná	80,0	85,0*
Rio Grande do Sul	75,0	80,3 *
Santa Catarina	80,0	80,9*
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	80,0	78,1 *
Goiás	75,0	77,0 **
Mato Grosso	80,0	70,2 *
Mato Grosso do Sul	80,0	81,1*

Fonte: Sinan/SVS/MS (01/03/2010) (*); Sispacto (**)

Análise Brasil

Em 2008, a meta nacional para esse indicador foi maior que a do ano anterior (70%), passando para 76%.

Cabe advertir que, na realização da consolidação dos dados, foram observados erros na versão do Sinan NET, o que implicou diferenças entre as bases de dados das três esferas de governo.

Contudo, no sentido de que não ocorressem prejuízos na avaliação dos estados que não atingiram a meta do indicador, quando calculado com dados da base nacional, optou-se por considerar o maior valor obtido com dados da base estadual e registrado no Sispacto.

O resultado nacional, calculado a partir da base nacional, foi igual a 75,3%, ou seja, próximo da meta anual que havia sido pactuada. Quando considerados os valores estaduais registrados no Sispacto, o resultado nacional foi de 76,3 %, alcançando, portanto, a meta.

Análise regional e estadual

Entre as regiões do País, as que apresentaram melhores resultados foram a Região Sul (82,1%) e a Sudeste (78,2%), refletindo a qualidade da vigilância e superando, inclusive, a meta nacional (76%).

A análise preliminar, segundo Unidade Federada, evidencia uma grande amplitude dos resultados alcançados, variando de 50% a 89%, indicando a necessidade de se aprimorar não apenas o sistema de informação, mas principalmente, a vigilância epidemiológica, especialmente nos estados com resultados bem abaixo da sua meta.

Conforme pode ser visto no Quadro 55, mais da metade dos estados (15) atingiram a respectiva meta estadual e duas Unidades Federadas (Amazonas e o Distrito Federal) apresentaram resultados próximos da meta (diferença entre meta estadual e resultado menor ou igual a 3%).

Na Região Norte, o resultado médio alcançado pelos estados (74,6 %) foi próximo da meta nacional, ressaltando que três estados (Acre, Roraima e Tocantins) superaram a respectiva meta e um apresentou diferença negativa entre resultado alcançado e sua meta menor que 3%.

A análise da consolidação dos dados para a Região Nordeste, revela um resultado abaixo da meta nacional (70,3%). Apenas quatro estados alcançaram a respectiva meta pactuada, sendo que, nessa região encontra-se tanto o estado brasileiro que apresentou o pior resultado, Rio Grande do Norte (50,3%), abaixo inclusive da meta considerada mínima para o indicador (60%), como o estado com o valor mais alto entre todas as Unidades Federadas do Brasil, Sergipe (89,3%).

É importante ressaltar que a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte registrou equivocadamente no Sispacto o resultado 56%. O resultado obtido com dados da base estadual correspondeu a 47,5% e com os dados da base nacional a 50,3 %.

Na Região Centro-Oeste, o conjunto dos estados apresentou 76,6 %. Dois estados alcançaram a respectiva meta (Goiás e Mato Grosso do Sul) e um apresentou diferença negativa entre resultado alcançado e sua meta menor que 3%.

A Região Sul foi a que apresentou o melhor resultado (82,1%), superando inclusive a meta nacional. Todos os estados da região superaram a respectiva meta estadual.

Na Região Sudeste, apenas o Estado do Rio de Janeiro não atingiu a respectiva meta. O resultado da região foi de 78,2%.

Comparativo dos resultados 2007 e 2008

QUADRO 56 – COMPARATIVO ENTRE OS RESULTADOS 2007 E 2008 DA PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO E VARIAÇÃO PERCENTUAL, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÕES E BRASIL.

Unidades da Federação	Resultado 2007	Resultado 2008	Variação 2007/2008
	%	%	%
Brasil	**72,5**	**76,3**	**5,2**
Norte	**69,9**	**74,6**	**6,7**
Acre	80,2	84,3**	5,1
Amazonas	61,7	76,9*	24,6
Amapá	75,3	66,2**	-12,1
Pará	69,4	67,4**	-2,9
Rondônia	63,4	63,8*	0,6
Roraima	72,3	83,4**	15,4
Tocantins	75,6	80,0*	5,8
Nordeste	**66,9**	**70,3**	**5,1**
Alagoas	72,3	68,1**	-5,8
Bahia	59,3	58,7*	-1,0
Ceará	73,6	77,6*	5,4
Maranhão	65,7	73,6*	12,0
Paraíba	57,5	63,0**	9,6
Pernambuco	74,0	69,9*	-5,5
Piauí	63,9	82,0*	28,3
Rio Grande do Norte	**52,0**	**50,3***	**-3,3**
Sergipe	83,3	89,3*	7,2
Sudeste	**74,3**	**78,2**	**5,2**
Espírito Santo	80,8	81,2*	0,5
Minas Gerais	81,9	80,7*	-1,5
Rio de Janeiro	53,0	67,7*	27,7
São Paulo	77,0	83,0*	7,8

continua

continuação

Unidades da Federação	Resultado 2007	Resultado 2008	Variação 2007/2008
	%	%	%
Sul	**81,4**	**82,1**	**0,9**
Paraná	84,4	85,0*	0,7
Santa Catarina	78,5	80,9*	3,1
Rio Grande do Sul	80,7	80,3*	-0,5
Centro-Oeste	**67,9**	**76,6**	**12,8**
Distrito Federal	76,5	78,1*	2,1
Goiás	74,8	77,0**	2,9
Mato Grosso	53,9	70,2*	30,2
Mato Grosso do Sul	68,8	81,1*	17,9

Fonte: Sinan/SVS/MS (1º/3/2010) 2007 e (*); Sispacto (**)

A análise comparativa entre os resultados obtidos em 2007 (72,5%) e 2008 (76,3%) evidenciou um aumento relativo de 5,2% na proporção de notificações encerradas oportunamente. Todas as regiões do Brasil apresentaram incremento em seus resultados, quando comparados com os divulgados no Relatório de Avaliação da Pactuação 2007.

De um modo geral, houve melhora no desempenho da vigilância nos estados no que se refere ao encerramento das investigações dos casos notificados no Sinan e aprimoramento do sistema de informação, apesar da persistência de erros no aplicativo Sinan NET e das dificuldades operacionais para a transferência de dados. Assim, das 27 Unidades Federadas apenas seis apresentaram redução no resultado do indicador e não atingiram sua meta, sendo quatro da Região Nordeste (Alagoas, Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Norte) e dois estados da Região Norte (Amapá e Pará).

Recomendações e observações

À guisa de observações, vale registrar que, alguns fatores comprometeram os resultados obtidos para esse indicador, em todos os níveis do sistema, especialmente nos municípios cujas notificações foram efetuadas por outras Secretarias Municipais de Saúde e nos que notificaram pequeno número de casos.

Assim, cabe informar que, ao longo de 2008 foram enviados aos estados oito aplicativos para correção de erros da versão do Sinan NET. Além disso, houve dificuldades em alguns estados no uso do aplicativo Sisnet para transferir dados do sistema. Por outro lado, a ferramenta "fluxo de retorno", útil para a retroalimentação das notificações efetuadas fora dos municípios de residência e para o encerramento oportuno dessas notificações, não está disponível no sistema até o momento. Trata-se de medidas de cunho operacional que poderão e deverão ser corrigidas nos processos de pactuações futuras.

INDICADOR 49: PROPORÇÃO DA RECEITA PRÓPRIA APLICADA EM SAÚDE CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29/2000

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC nº 29/2000	Despesas financiadas com recursos próprios (despesa total deduzidas as transferências de outras esferas de governo para a saúde)/receita de impostos e transferências constitucionais e legais	Siops	12% estados 15% municípios União – conforme regulamentação da EC nº 29

O indicador proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC nº 29/2000 tem por objetivo aferir o percentual de recursos próprios que é gasto em ações e serviços públicos de saúde, a fim de verificar a aplicação do que determina o preceito constitucional, em termos de gasto de cada esfera governamental no financiamento do SUS. Para análise desse indicador são utilizados os dados declarados pelos estados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

QUADRO 57 – PROPORÇÃO DA RECEITA PRÓPRIA APLICADA EM SAÚDE CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29/2000, BRASIL–2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado	
		Dados Declarados ao Siops	Dados da Análise do Balanço Geral dos Estados
	%	%	%
Região Norte			
Acre	12	14,34	15,23
Amazonas	12	19,21	21,39
Amapá	13,5	13,91	13,12
Pará	12	12,77	12,12
Rondônia	12	12,78	12,19
Roraima	12	14,95	14,52
Tocantins	12	13,79	13,63
Região Nordeste			
Alagoas	12	12,2	10,77
Bahia	12	12,77	12,23
Ceará	12	14,36	9,64
Maranhão	12	12,06	9,88
Paraíba	12	12,49	11,25
Pernambuco	12	14,8	13,54
Piauí	12	12,16	9,01
Rio Grande do Norte	12	16,52	17,77
Sergipe	12	12,7	12,07
Região Sudeste			
Espírito Santo	12	10,24	10,39
Minas Gerais	12	12,19	8,66
Rio de Janeiro	12	12,63	10,75
São Paulo	12	13,46	12,44
Região Sul			
Paraná	12	9,79	9,84
Rio Grande do Sul	12	6,53	4,37
Santa Catarina	12	12,47	11,74

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado	
		Dados Declarados ao Siops	Dados da Análise do Balanço Geral dos Estados
	%	%	%
Região Centro-Oeste			
Distrito Federal	21	16,06	16,12
Goiás	12	12,87	9,51
Mato Grosso	12	11,24	11,26
Mato Grosso do Sul	12	12,98	12,25

Fonte: Sispacto e Siops

Análise Brasil, regional e estadual

Segundo análise dos dados declarados pelos estados ao Siops, relativos ao exercício financeiro de 2008, observa-se que apenas quatro estados não aplicaram os 12% de despesas com receitas próprias: Espírito Santo, Paraná, Rio Grande do Sul e Mato Grosso, estando os mesmos distribuídos – um na Região Sudeste; dois na Região Sul e um na Região Centro-Oeste, respectivamente.

Esta situação se altera se forem considerados os dados provenientes da análise do Balanço Geral dos Estados[8], em que, no exercício de 2008, além dos quatro estados já citados, outros nove também deixaram de aplicar o mínimo estabelecido constitucionalmente: Maranhão; Piauí; Ceará; Paraíba; Alagoas; Minas Gerais; Rio de Janeiro; Santa Catarina e Goiás.

[8] A análise do Balanço Geral dos Estados é realizada pela equipe do Siops e está disponível no endereço http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NT_19_2010_55.pdf

Comparativo dos resultados

O Quadro 58 e o Gráfico 35 demonstram o percentual de recursos próprios estaduais declarados ao Siops como gastos em ações e serviços públicos de saúde, no período de 2006 a 2008.

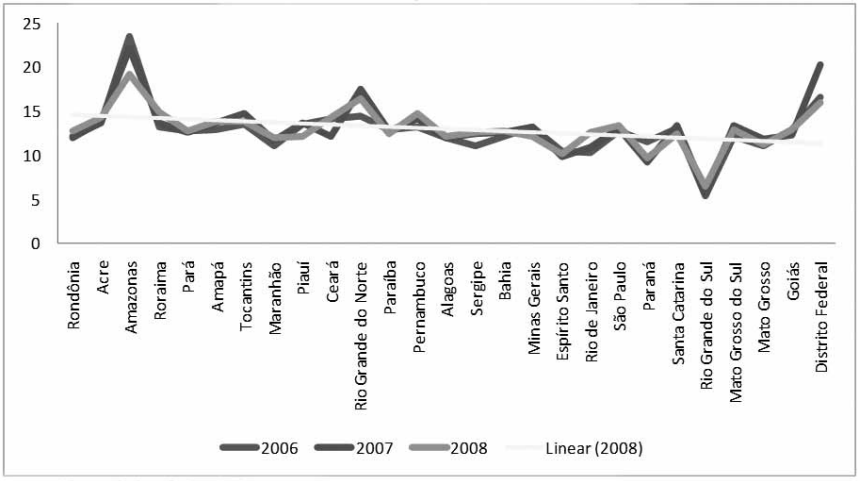
QUADRO 58 – PERCENTUAL DE RECURSOS ESTADUAIS PRÓPRIOS GASTOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2006 A 2008.

Estados	2006	2007	2008
Acre	13,77	13,82	14,34
Amazonas	23,47	22,17	19,21
Pará	12,74	12,61	12,77
Rondônia	12,1	12	12,78
Roraima	13,22	13,64	14,95
Tocantins	13,52	14,74	13,79
Alagoas	12	12	12,2
Bahia	12,17	12,63	12,77
Ceará	14,21	12,14	14,36
Maranhão	11,17	11,77	12,06
Paraíba	12,91	12,72	12,49
Pernambuco	13,24	14,11	14,8
Piauí	13,48	13,71	12,16
Rio Grande do Norte	14,43	17,53	16,52
Sergipe	11,11	12,44	12,7
Espírito Santo	10,43	9,88	10,24
Minas Gerais	13,2	13,3	12,19
Rio de Janeiro	10,37	10,92	12,63
São Paulo	12,8	13,07	13,46
Paraná	11,55	9,22	9,79
Rio Grande do Sul	5,4	5,8	6,53
Santa Catarina	13,09	13,35	12,47
Distrito Federal	16,56	20,25	16,06
Goiás	12,9	12,3	12,87
Mato Grosso do Sul	12,25	13,46	12,98
Mato Grosso	11,07	11,9	11,24

Fonte: Siops, dados de 24/8/10

Conforme pode ser constatado, na comparação dos dados demonstrados no Quadro 58, todos os estados da Região Norte apresentaram aplicação superior à mínima, no período de 2006 a 2008, segundo os dados declarados ao Siops, sendo a aplicação mais expressiva a do Estado do Amazonas. Tal situação não é observada nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, em que quatro estados mantêm, reiteradamente, a aplicação em ações e serviços públicos de saúde menor que o mínimo estipulado constitucionalmente, no período de 2006 a 2008, quais sejam: Espírito Santo, Paraná, Rio Grande do Sul e Mato Grosso.

GRÁFICO 35 – APLICAÇÃO DE RECURSOS PRÓPRIOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, PELOS ESTADOS BRASILEIROS, NO PERÍODO DE 2006 A 2008.



Fonte: Siops, dados de 24/8/10

No Gráfico 35, os estados brasileiros estão dispostos pelas regiões a que pertencem, na seguinte sequência: Região Norte; Região Nordeste; Região Sudeste; Região Sul e Região Centro-Oeste.

Observando a tendência, a partir dos dados declarados pelos estados ao Siops, verifica-se a construção de uma linha decrescente, demonstrando percentuais sucessivamente menores da Região Norte para a Região Centro-Oeste.

INDICADOR 50: ÍNDICE DE ALIMENTAÇÃO REGULAR DAS BASES DE DADOS NACIONAIS OBRIGATÓRIAS (SIA/SUS, SIH/SUS, CNES, SIAB)

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais obrigatórias	Número de bases de dados dos sistemas de informação de alimentação obrigatória informadas no período/ total de sistemas de informação de alimentação obrigatória x 100	DATASUS, CNES, SIA, SIH e Siab	Meta: 100% de alimentação dos sistemas	Alimentação obrigatória: SIAB/Sinan/ Sipni/Sinasc/ SIA/SUS/CNES. Quando couber, SIH e SIM.

Esse indicador é composto pelo somatório das bases de dados dos sistemas: SIA, SIH, Siab, Sinan, Sinasc, SIM, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e indica a regularidade da alimentação dessas bases de dados por parte dos gestores do SUS.

QUADRO 59 – ÍNDICE DE ALIMENTAÇÃO REGULAR DAS BASES DE DADOS NACIONAIS OBRIGATÓRIAS, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**100,0**	**90,4**
Região Norte		
Acre	100,0	100,0
Amazonas	100,0	100,0
Amapá	100,0	98,0
Pará	100,0	80,0
Rondônia	100,0	100,0
Roraima	100,0	0,0
Tocantins	90,0	70,0
Região Nordeste		
Alagoas	100,0	91,0
Bahia	100,0	100,0
Ceará	100,0	100,0
Maranhão	100,0	100,0
Paraíba	100,0	85,0
Pernambuco	100,0	100,0

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Piauí	100,0	75,0
Rio Grande do Norte	100,0	80,8
Sergipe	100,0	100,0
Região Sudeste		
Espírito Santo	100,0	100,0
Minas Gerais	100,0	100,0
Rio de Janeiro	100,0	100,0
São Paulo	100,0	100,0
Região Sul		
Paraná	100,0	100,0
Rio Grande do Sul	100,0	100,0
Santa Catarina	100,0	85,0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	100,0	100,0
Goiás	100,0	100,0
Mato Grosso	100,0	90,3
Mato Grosso do Sul	100,0	85,0

Fonte: Sispacto

Embora o indicador proposto utilize numerador e denominador referentes a mesma unidade de análise (sistemas de informações), não é possível conformá-los em um único indicador, por isso houve a opção pela definição do índice.

Mesmo com a opção pelo uso do índice, persistiram diversas limitações, que inviabilizaram a análise do indicador e a comparação dos dados informados pelos estados no Sispacto com os dados constantes nas diferentes bases de dados nacionais do SUS, seja pela indisponibilidade da informação, seja pela falta de correspondência estrutural e operacional entre as bases de dados utilizadas.

Além disso, as bases de dados utilizadas na construção do indicador conformam informações distintas, que exigem formas diferenciadas de tratamento como: prazo e regularidade diferentes para envio do dado, forma de armazenamento e disponibilidade das informações das bases de dados sem correspondência entre si, além de fluxo de envio das informações variáveis no período.

Enfim, o envio das bases de dados de alguns sistemas de informação depende do tipo de gestão em que atualmente estão habilitados os estados e seus municípios junto ao SUS, sendo que estes estão em constante modificação devido aos atuais esforços para adequação gradual ao Pacto de Gestão.

II - REGIONALIZAÇÃO

- Indicador Complementar

INDICADOR 51: 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	75%	A referência dessa meta (75%) é a do Mais Saúde.

Os Colegiados de Gestão Regional (CGR), instituídos entre os anos de 2006 e 2008, têm buscado se constituir, como espaços de planejamento e cogestão regional da saúde, de caráter complementar aos espaços de gestão e negociação intergestores já existentes no SUS, como as CIBs e a CIT.

Dessa forma, o indicador proporção de constituição de Colegiados de Gestão Regional objetiva acompanhar os movimentos de implantação, em cada estado, dos CGRs como espaços permanentes de pactuação, sendo que cada CGR é composto pelo conjunto dos gestores municipais de cada região de saúde prevista no Plano Diretor de Regionalização (PDR) estadual e de representantes do gestor estadual.

O cumprimento da meta para esse indicador mantém correlação com o processo de regionalização previamente existente ou iniciado nos estados, e expressa a capacidade de articulação e de efetivação de acordos voltados para o fortalecimento da gestão descentralizada do SUS entre os gestores municipais e estaduais.

QUADRO 60 – PROPORÇÃO DE CONSTITUIÇÃO DE COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÕES E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil**	**75,0****	**77,0**
Região Norte		
Acre	100,0	0,0
Amazonas	20,0	0,0
Amapá	50,0	0,0
Pará	não pactuado	0,0*
Rondônia	33,0	100,0
Roraima	100,0	0,0
Tocantins	100,0	100,0
Região Nordeste		
Alagoas	100,0	100,0
Bahia	100,0	100,0
Ceará	100,0	100,0
Maranhão	20,0	0,0
Paraíba	100,0	100,0
Pernambuco	100,0	100,0
Piauí	100,0	20,0
Rio Grande do Norte	100,0	0,0
Sergipe	43,0	0,0
Região Sudeste		
Espírito Santo	100,0	100,0
Minas Gerais	não pactuado	100,0*
Rio de Janeiro	100,0	0,0
São Paulo	100,0	100,0
Região Sul		
Paraná	100,0	100,0
Rio Grande do Sul	não pactuado	100,0*
Santa Catarina	não pactuado	100,0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal ***	-	-
Goiás	100,0	100,0
Mato Grosso	100,0	100,0
Mato Grosso do Sul	100,0	100,0

Fonte: CGDPD/DAGD/SE/MS. Elaborado com informações da ST/CIT
(*) Informações de acompanhamento da constituição de CGR pelo DAGD/SE/MS.
(**) Meta pactuada e alcançada de acordo com a meta prevista e alcançada no Mais Saúde.
(***) Este indicador não se aplica ao Distrito Federal.

Análise Brasil, regional e estadual

Conforme consta no Quadro 60, em 2008, a referência para a meta pactuada Brasil é de 75% e o resultado alcançado foi de 77%.

A leitura do Quadro 60 merece, contudo, uma advertência: como 12 estados já haviam constituído 100% de seus CGRs entre 2006 e 2007 – Tocantins, na Região Norte; Alagoas, Bahia e Ceará, na Região Nordeste; Minas Gerais e São Paulo, na Região Sudeste; Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, na Região Centro-Oeste; e Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, na Região Sul, estes estados mantiveram a pactuação de 100% em 2008 que, nesta situação, representa a manutenção dos CGRs já constituídos.

Dado que, no processo de pactuação ocorrido em 2008, este indicador foi considerado como indicador complementar[9], os estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Santa Catarina não informaram a meta para registro no Sispacto.

Há ainda a situação do Estado do Piauí, que constituiu dois CGRs, em 2007, dentre as 11 regiões previstas no PDR estadual. Em 2008, embora o estado tenha pactuado 100% de implantação, ao final do ano, conservou o mesmo número de CGRs implantados, o que representa 20% da meta pactuada.

Deste modo, no ano de 2008, foram constituídos CGRs em quatro estados: Espírito Santo, Paraíba, Pernambuco e Rondônia, que alcançaram 100% de implantação de CGRs nas regiões de saúde previstas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada um destes estados, o que representou a constituição de 48 novos CGRs.

O Quadro 61 apresenta uma síntese regional para o período de 2006 a 2008. Assim, é possível observar que, de 38 CGRs implantados em 2006, o País passou para 352 CGRs ao final de 2008, em 17 estados, com evidente progressão no processo de implantação destes fóruns de pactuação e gestão do SUS.

[9] Embora, não pertença ao conjunto de estados que constituíram CGR anteriormente a 2008, o Estado do Pará também optou por não pactuar este indicador.

QUADRO 61 – NÚMERO DE COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL CONSTITUÍDO E INFORMADO À CIT POR REGIÃO NOS ANOS DE 2006, 2007 E 2008, SITUAÇÃO EM DEZEMBRO DE CADA ANO POR REGIÃO E BRASIL.

Regiões	Número de CGR		
	2006	2007	2008
Brasil	**38**	**304**	**352**
Norte	--	15	21
Nordeste	--	59	93
Centro-Oeste	16	35	35
Sudeste	--	139	147
Sul	22	56	56

Fonte: Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual: orientações para organização e funcionamento. Volume 10 da Série Pactos pela Saúde 2006.

Recomendações e observações

Os resultados apresentados demonstram que, apesar da meta nacional ter sido superada em 2008 e a constituição dos CGRs estar ocorrendo de modo crescente e contínuo, com 352 CGRs constituídos nas 453 regiões de saúde previstas nos Planos Diretores de Regionalização (PDR) estaduais, ao final de 2008, nove estados não haviam constituído seus CGRs: Acre, Roraima, Amazonas, Amapá e Pará, na Região Norte; Maranhão, Rio Grande do Norte e Sergipe, na Região Nordeste; e, Rio de Janeiro na Região Sudeste.

O Ministério da Saúde tem prestado cooperação técnica e financeira aos estados que estão constituindo ou que já constituíram seus CGRs.

Contudo, a exemplo do que se verifica em processos correlatos, voltados para o fortalecimento da gestão descentralizada do SUS, a constituição de CGR pelos estados pode ocorrer de forma gradual e dinâmica. Assim, o cumprimento da meta estipulada, em cada estado, pode ser determinada por processos de regionalização anteriores, pelo desenvolvimento das capacidades de negociação gestora locorregionais e pelo grau de articulação entre Cosems e SES, no sentido de gerar consensos sobre os desenhos regionais que serão adotados.

III - PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

- Indicador Complementar

INDICADOR 52: QUANTIDADE DE ESTADOS COM A PPI ATUALIZADA

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro/ Meta Nacional/ Referência	Observação
Quantidade de estados com a PPI atualizada	Envio dos quadros referentes à PPI, sempre que alterada a programação, até implantação do novo SISPPI	Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência	Meta – 100%	As UFs que não usam o SISPPI/MS devem apresentar as informações em meio magnético no mesmo padrão do SISPPI. 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 as alterações periódicas financeiras forem encaminhadas ao Ministério da Saúde para publicação oficial.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um processo instituído no âmbito do SUS que, em consonância com o processo de planejamento, define e quantifica as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

O indicador "Quantidade de estados com a PPI atualizada" tem por objetivo subsidiar os estados no processo de programação da assistência.

QUADRO 62 – PROPORÇÃO DE ESTADOS COM A PPI ATUALIZADA, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**100,0**	**81,0%**
Região Norte		
Acre	100,0	0,0*
Amazonas	100,0	100,0
Amapá	100,0	100,0
Pará	não pactuado	100,0
Rondônia	100,0	0,0**
Roraima	100,0	100,0

continua

continuação

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Tocantins	100,0	100,0
Região Nordeste		
Alagoas	100,0	100,0
Bahia	100,0	100,0
Ceará	100,0	100,0
Maranhão	100,0	100,0
Paraíba	100,0	100,0
Pernambuco	100,0	100,0
Piauí	100,0	100,0
Rio Grande do Norte	100,0	0,0**
Sergipe	100,0	0,0*
Região Sudeste		
Espírito Santo	100,0	100,0
Minas Gerais	não pactuado	não informado
Rio de Janeiro	100,0	100,0
São Paulo	100,0	100,0
Região Sul		
Paraná	100,0	100,0
Rio Grande do Sul	100,0	100,0
Santa Catarina	100,0	100,0
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	100,0	100,0
Goiás	100,0	100,0
Mato Grosso	100,0	100,0
Mato Grosso do Sul	100,0	100,0

Fonte: Sispacto *PPI não atualizada em 2008 **PPI atualizada em 2008 segundo dados da área técnica.

Análise Brasil, regional e estadual

O indicador pactuado no ano de 2008 previu como meta para os estados e o Distrito Federal a atualização sistemática da PPI, incluindo metas físicas e financeiras. Dessa forma, considerou-se que alcançou a meta de 100% o estado que atualizou os quadros financeiros da PPI.

O resultado alcançado da meta Brasil foi de 81%, com destaque para os estados da Bahia, Minas Gerais, Mato Grosso, Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo que atualizaram os quadros

financeiros mais de cinco vezes no ano. O Estado de Minas Gerais apesar de não ter pactuado e informado o resultado no Sispacto, foi o estado que mais atualizou os quadros financeiros em 2008 (onze vezes, conforme informações extraídas das portarias publicadas e dos dados do Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Sismac).

Dos 26 estados e o Distrito Federal, apenas dois não cumpriram a meta pactuada: o Estado do Acre, que teve sua primeira PPI finalizada em 2003, sendo a última publicação dos limites financeiros da assistência de média e alta complexidade em dezembro de 2007, e o Estado de Sergipe, que teve sua última publicação dos limites financeiros em dezembro de 2006.

Os estados de Rondônia e Rio Grande do Norte não registraram o resultado no Sispacto, mas alcançaram a meta referente ao ano de 2008, por meio dos quadros financeiros publicados, respectivamente, por meio das Portarias MS/SAS n° 721/2008 e n°. 517/ 2008.

Recomendações e observações

Recomenda-se que os estados do Acre e de Sergipe publiquem ao menos uma vez por ano as alterações periódicas dos recursos financeiros da PPI, decorrentes das modificações dos pactos intergestores, incorporação de novos recursos, alterações da tabela unificada de procedimentos do SUS, alterações populacionais, entre outras situações.

A PPI, na qualidade de um instrumento de alocação de recursos, caracteriza-se como uma importante ferramenta do processo de planejamento e deve ser atualizada sistematicamente e periodicamente.

IV - REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

- Indicador Principal

INDICADOR 53: ÍNDICE DE CONTRATUALIZAÇÃO DE UNIDADES CONVENIADAS AO SUS, NOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro / Meta Nacional / Referência	Observação
Índice de Contratualização	Número de unidades conveniadas ao SUS – privadas e filantrópicas – que estão com contrato regular e informada a data de publicação/ total de unidades conveniadas por município ou estado* x 100	CNES/ DATASUS	Meta – 100%	*exceto rede própria

A Constituição Federal e os princípios norteadores do SUS preveem que a compra de serviços de saúde pelo SUS deve ter caráter complementar à sua rede.

A contratualização das instituições privadas com e sem fins lucrativos de assistência à saúde deve observar o contido na Portaria MS/GM nº 3.277/2006 e deve ser utilizada como instrumento de regulação da atenção à saúde, voltada para os interesses da gestão, com o intuito de promover a equidade do acesso aos serviços de saúde.

Esta relação entre prestadores e gestores no SUS tem como único instrumento de monitoramento o campo "contrato" do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que não é de preenchimento obrigatório. Portanto, as informações apresentadas neste Relatório podem não ser as mais atuais, havendo a possibilidade da existência de um número maior de instituições com relação formal com os gestores que ainda não tenham sido atualizadas no CNES.

QUADRO 63 – ÍNDICE DE CONTRATUALIZAÇÃO DE UNIDADES CONVENIADAS AO SUS NOS ESTADOS E MUNICÍPIOS, POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2008.

UF Residência	Meta Pactuada	Resultado Alcançado
	%	%
Brasil	**100,0**	**52,8**
Região Norte		
Acre	100,0	100,0
Amazonas	100,0	100,0
Amapá	100,0	100,0
Pará	100,0	12,5
Rondônia	100,0	100,0
Roraima	100,0	96,1
Tocantins	95,0	96,0
Região Nordeste		
Alagoas	100,0	não informado
Bahia	40,0	64,0
Ceará	100,0	não informado
Maranhão	100,0	46,2
Paraíba	50,0	0,0
Pernambuco	52,0	56,0
Piauí	100,0	não informado
Rio Grande do Norte	100,0	93,5
Sergipe	100,0	100,0
Região Sudeste		
Espírito Santo	100,0	26,4
Minas Gerais	100,0	15,0
Rio de Janeiro	100,0	8,4
São Paulo	100,0	100,0
Região Sul		
Paraná	30,0	32
Rio Grande do Sul	50,0	37,75
Santa Catarina	30,0	7
Região Centro-Oeste		
Distrito Federal	100,0	100
Goiás	100,0	15
Mato Grosso	12,7	6,36
Mato Grosso do Sul	100,0	84,5

Fonte: Sispacto

Análise Brasil

Para o Brasil, a meta estabelecida em 2008 foi de 100% de contratualização dos prestadores privados e filantrópicos, sendo alcançada 52,8%, de acordo com o resultado informado no Sispacto.

Análise regional e estadual

Na Região Norte, cinco estados (Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia e Tocantins) atingiram a meta pactuada. O Estado de Roraima teve um percentual de 96,1% da meta pactuada e o Estado do Pará ficou aquém do que estabeleceu como percentual a ser alcançado.

Os estados de Alagoas, Ceará e Piauí, da Região Nordeste, não apresentaram informações sobre o resultado alcançado e a Paraíba não realizou contratualização. Os estados da Bahia e Pernambuco atingiram a meta pactuada, já o Maranhão e o Rio Grande do Norte ficaram aquém da meta. Apenas o Estado de Sergipe conseguiu atingir a meta de 100%.

Dos estados da Região Sudeste apenas São Paulo atingiu a meta. Os estados do Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro apresentaram percentuais de contratualização dos prestadores muito abaixo do esperado.

Na Região Sul, o Estado do Paraná ultrapassou a média que havia pactuado e os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina não conseguiram atingir a meta estabelecida de contratualização.

O Distrito Federal foi a única Unidade Federada que atingiu a meta pactuada de 100% de contratualização, na Região Centro-Oeste.

Não foi possível estabelecer comparação dos dados informados no Sispacto com os dados do CNES, porque este último não apresenta um somatório dos contratos realizados nos estabelecimentos de saúde por ano, além de não ser de preenchimento obrigatório.

Recomendações e observações

Considerando os dados informados no Sispacto e a meta de 100% de formalização contratual estabelecida pelo Pacto de Gestão, é fundamental que o Ministério da Saúde, com apoio do Conass e do Conasems, efetive todos os esforços junto aos estados e municípios, não apenas para a regularização jurídica dos processos de compra da prestação de serviços de saúde, mas também para o preenchimento do campo relativo a contratos no CNES.

Para fortalecer o processo de formalização das relações contratuais, o Ministério da Saúde tem mantido o foco da cooperação técnica em ações de apoio técnico, disponibilização de modelos de contrato e planos operativos e divulgação do Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde no SUS, entre outros.

V - PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

- Indicador Principal

INDICADOR 54: PROPORÇÃO DE ESTADOS E MUNICÍPIOS COM RELATÓRIOS DE GESTÃO APROVADOS NO CES E CMS

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Parâmetro/Meta Nacional/Referência
Proporção de estados e municípios com relatório de gestão aprovados no CES e CMS	Número de estados com relatório de gestão aprovado no CES/ 27 X 100	CIT	Meta – 100%
	Número de municípios por estado com relatório de gestão aprovado no CMS/ Total de municípios por estado		

O Relatório de Gestão é um instrumento de caráter analítico, instituído pela Lei nº 8.142/90, sendo objeto de decretos e portarias do Ministério da Saúde e de instruções e acórdão dos órgãos de controle. Constitui-se na principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde, no âmbito do planejamento, devendo ser elaborado anualmente, a partir do Plano de Saúde e da Programação Anual de Saúde. O Relatório de Gestão deve permitir a verificação da aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS, subsidiando as atividades dos órgãos de controle interno e externo, bem como o cumprimento das metas pactuadas, entre outras análises gerais da gestão local em saúde.

A Pactuação 2008 incluiu, como indicador da Participação e Controle Social, a aprovação dos Relatórios de Gestão nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, cuja meta pactuada para todos os estados e municípios foi de 100%. Este indicador mede, quantitativamente, o percentual de aprovação, nos Conselhos de Saúde, dos Relatórios de Gestão estadual e municipal.

A portaria que regulamentava o fluxo da informação referente à aprovação dos Relatórios de Gestão das três esferas de gestão era a Portaria MS/GM nº 1.229, de 24 de maio de 2007, vigente até dezembro de 2008, quando foi revogada pela Portaria MS/GM nº 3.176/08. A informação de aprovação dos Relatórios de Gestão Estadual (RGE), da União e do Distrito Federal, no respectivo Conselho de Saúde, deveria ser encaminhada à CIT até 30 de abril do ano subsequente; a informação de aprovação dos Relatórios de Gestão Municipais (RGM), nos respectivos

Conselhos de Saúde, deveria ser enviada à CIB, até 30 de abril do ano subsequente, devendo estas consolidar as resoluções relativas à aprovação dos RGM e encaminhá-las à CIT até o dia 30 de maio de cada ano.

QUADRO 64: APROVAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO MUNICIPAL (RGM) NOS CMS E RELATÓRIOS DE GESTÃO ESTADUAL (RGE) NOS CES DE 2007, SEGUNDO INFORMAÇÕES DA CIT DE JULHO DE 2008, POR UNIDADE FEDERADA, REGIÕES E BRASIL

UF/Região	Meta Pactuada	Resultado alcançado da aprovação dos RGM 2007 nos CMS*	Resultado alcançado da aprovação dos RGE 2007 nos CES*
	%	%	Nº absoluto
Brasil	**100**	**42**	**5**
Região Norte	**-**	**32**	**1**
Acre	100	50	0
Amazonas	100	0	0
Amapá	100	21	0
Pará	100	0	0
Rondônia	100	6	0
Roraima	100	0	0
Tocantins	100	83	1
Região Nordeste	**-**	**30**	**2**
Alagoas	100	4	0
Bahia	100	35	1
Ceará	100	91	0
Maranhão	100	63	1
Paraíba	100	12	0
Pernambuco	100	4	0
Piauí	100	0	0
Rio Grande Norte	100	19	0
Sergipe	100	33	0
Região Sudeste	**-**	**29**	**1**
Espírito Santo	100	0	0
Minas Gerais	100	0	0
Rio de Janeiro	100	60	0
São Paulo	100	67	1
Região Sul	**-**	**79**	**0**
Paraná	100	81	0

continua

continuação

UF/Região	Meta Pactuada	Resultado alcançado da aprovação dos RGM 2007 nos CMS*	Resultado alcançado da aprovação dos RGE 2007 nos CES*
	%	%	Nº absoluto
Rio Grande Sul	100	90	0
Santa Catarina	100	56	0
Região Centro-Oeste	**-**	**49**	**1**
Distrito Federal	100	**	0
Goiás	100	24	0
Mato Grosso	100	76	1
Mato Grosso Sul	100	78	0

Fonte: Meta Pactuada – Sispacto; Resultado alcançado – CIT, julho 2008.
*Dados da CIT de julho de 2008 – data de início do processo de monitoramento desta informação
**O Distrito Federal não possui municípios.

Análise Brasil, regional e estadual

Os resultados apresentados referem-se àqueles oriundos da fonte pactuada para este indicador, qual seja a informação prestada pelas CIB à CIT, conforme exposto no Quadro 64.

Verifica-se que, em 2008, dos 5.563 municípios brasileiros, 2.338 tiveram seus relatórios de gestão aprovados nos respectivos conselhos de saúde, correspondendo a 42% da meta pactuada.

A região que apresentou um maior percentual de aprovação dos RGMs nos CMS foi a Região Sul, seguida da Região Centro-Oeste. O Estado do Ceará apresentou o maior percentual de aprovação dos RGMs, seguido do Estado do Rio Grande do Sul.

Em relação à informação sobre a aprovação dos RGEs, o resultado foi de 19% da meta estabelecida, o que corresponde a cinco estados (Tocantins, Bahia, Maranhão, Mato Grosso e São Paulo) com informação de RGE aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde, dentro do prazo regulamentar. Do ponto de vista regional, as regiões que apresentaram maior percentual de aprovação desses Relatórios foram as regiões Centro-Oeste e Sudeste, seguida da Região Nordeste.

Dessa forma, a meta pactuada em 2008 não foi alcançada em nenhum estado, dentro do período previsto pela Portaria MS/GM nº 1.229/07.

Recomendações e observações

O processo de monitoramento deste indicador vem mostrando, em que pese os resultados apontarem para o não alcance das metas pactuadas, uma evolução. Isso possibilita a identificação de potencialidades e fragilidades não só no que tange à construção do Relatório de Gestão, mas também à sua articulação com os outros instrumentos que compõem o ciclo de planejamento.

Observa-se a necessidade de qualificar o fluxo das informações que envolvem as Comissões Intergestores Bipartite, principalmente no que diz respeito ao envio de informações à CIT. É importante destacar a necessidade das equipes gestoras estaduais primarem pela qualificação da informação registrada, tendo em vista as diferenças encontradas quando da alimentação do Sispacto.

Com relação aos resultados do indicador, faz-se necessária a divulgação, por meio de notas técnicas, dos resultados apresentados nas reuniões da CIT, como subsídio à tomada de decisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O **Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde** é o resultado do esforço coletivo das áreas técnicas do Ministério da Saúde, em prol do fortalecimento da cultura de monitoramento e avaliação do Pacto, sendo uma prática permanente no auxílio da qualificação da gestão.

A adoção deste **Relatório** objetiva melhorar a qualidade da informação, promover o acompanhamento das ações de saúde e auxiliar os gestores na tomada de decisão, reorientando o processo de planejamento e contribuindo para o fortalecimento dos espaços de negociação e mecanismos de controle social.

Na consolidação do **Relatório**, além da análise dos resultados das metas pactuadas pelas 27 Unidades Federadas, procurou-se verificar o impacto das ações de promoção e prevenção da saúde e gestão do SUS no País. De um modo geral, sabe-se que as ações e responsabilidades sanitárias dispostas no Pacto para as três instâncias gestoras do SUS, em 2008, contribuíram para o desempenho satisfatório e o alcance das metas no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde.

Contudo alguns desafios ainda precisam ser superados, tais como o processo de monitoramento e avaliação incipiente ou mesmo ausente em algumas áreas técnicas do Ministério da Saúde e a definição de metas, muitas vezes incompatíveis com a realidade epidemiológica dos estados. Observou-se, também, que alguns indicadores mostraram-se pouco sensíveis ao monitoramento das responsabilidades estabelecidas no Pacto pela Saúde e que outros não dispunham de dados sistematizados, o que gerou dificuldade em algumas análises.

Em busca da superação dos desafios sugere-se:

- Estimular, permanentemente, o processo de qualificação dos indicadores do Pacto pela Saúde, definindo indicadores mais sensíveis ao monitoramento e avaliação.
- Empreender ações para fortalecer a cultura de monitoramento e avaliação no SUS, a partir da reflexão das equipes

técnicas e gestoras, no processo de planejamento estadual e regional, tanto sobre os determinantes destes resultados quanto sobre as estratégias que tem sido implantadas para enfrentamento e superação das situações adversas.

- Investir na qualidade das informações em saúde, promovendo debates acerca dos sistemas de informações em saúde e do desenvolvimento de sistemas integrados no âmbito do Ministério da Saúde.
- Cooperar tecnicamente com estados e municípios de forma a incentivá-los a elaborarem relatórios de avaliação dos respectivos indicadores e das ações desenvolvidas para o alcance das metas.
- Utilizar os resultados de monitoramento e avaliação do Pacto como subsídio à etapa de formulação e revisão dos instrumentos de planejamento e programação das secretarias de saúde, com os respectivos desdobramentos para as atividades das áreas técnicas.
- Integrar a pactuação unificada de indicadores aos processos e instrumentos de planejamento e do Termo de Compromisso de Gestão.

Apesar dos desafios observados é importante destacar que a cada ano tem-se avançado na melhoria dos instrumentos e do processo de pactuação, em especial, na elaboração deste consolidado. Referente ao ano de 2008 foram implementadas melhorias quanto à metodologia de análise, à disponibilização dos dados e à forma de apresentação do relatório.

INDICAÇÃO DE LEITURA

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 466, de 14 de junho de 2000. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 fev 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 189, de 20 de março de 2002. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 mar 2002.

BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jan. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jun. 2004.

BRASIL. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 587, de 7 de outubro de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 out. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 589, de 08 de outubro de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 out. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 nov. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 dez. 2004.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 05, de 21 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 287, de 24 de abril de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 abr. 2006.

BRASIL. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.277 de 22 de dezembro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Cadernos de Atenção Básica; 14 - Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Cadernos de Atenção Básica; 16 - Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 91, de 10 de janeiro de 2007. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.229, de 24 de maio de 2007. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3027, de 26 de novembro de 2007. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.213, de 20 de dezembro de 2007. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3230, de 21 de dezembro de 2007. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 dez. 2007.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 3 de junho de 2008. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 517, de 15 de setembro de 2008. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 721, de 5 de dezembro de 2008. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2981, de 9 de dezembro de 2008. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 dez. 2008.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil: uma análise de situação de Saúde, 2007**. Brasília, 2008.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição 1989**. Rio de Janeiro: IBGE, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio, 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis (2002-03)**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde.** Rio de Janeiro: INCA, 2006.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Cervix Cancer Screening**. Handbooks of Cancer Prevention, v. 10. Lyon: IARC Press, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde:** saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2002.

PINHEIRO, M. M. et al. O impacto da osteoporose no Brasil:dados regionais das fraturas em homens e mulheres adultos – The Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 113-127, mar./abr. 2010.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. p. 349.

SZWARCWALD C. L., VIACAVA F. Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, s. 1, p. 4-5, 2005.

Anexo A – Pacto pela Vida

Prioridade	UF Residência	1 – Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur		3 – Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos		4 - Percentual de tratamento/ seguimento das lesões precursoras do câncer de colo de útero		5 – Percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5% por UF		7 – Proporção de investigação de óbitos infantis		8 – Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	
		SIH – 2008 (%)	Sispacto (%)	Siscolo (razão)	Sispacto (razão)	Siscolo(%)	Sispacto (%)	Siscolo (%)	Sispacto (%)	SIM – 2007 (%)	Sispacto (%)	SIM – 2007 (%)	Sispacto (%)
III – Redução da Mortalidade Infantil e Materna	Acre	16,2	16,1	0,32	0,32	74,1	74,1	31,1	31,1	6,2	5,9	42,7	40,3
	Amapá	20,5	14,3	0,10	0,07	0,0	-	37,5	25,0	0,7	0,0	2,4	0,0
	Amazonas	7,8	7,8	0,15	0,15	58,5	58,5	17,7	17,7	1,0	2,6	2,4	15,2
	Pará	10,3	9,9	0,12	0,12	7,9	7,9	11,9	-	6,9	6,3	8,7	8,2
	Rondônia	19,0	0,2	0,21	0,21	55,9	60,0	7,7	9,6	6,9	4,7	16,9	27,5
	Roraima	21,2	0,8	0,26	0,39	42,1	64,4	0,5	0,0	29,9	35,5	75,0	77,0
	Tocantins	20,9	20,9	0,25	0,25	70,2	70,2	0,7	0,6	21,8	40,8	74,1	75,6
	Alagoas	16,8	16,8	0,16	0,24	0,0	-	12,7	12,7	36,7	25,9	22,9	6,4
	Bahia	10,7	12,3	0,16	0,16	3,0	3,0	22,1	22,1	3,0	18,0	9,8	26,4
	Ceará	13,2	12,3	0,22	0,22	39,8	39,8	0,5	0,5	36,5	62,5	49,7	78,1
	Maranhão	7,7	6,1	0,15	0,24	4,0	4,0	25,3	3,4	28,1	13,0	37,0	34,0
	Paraíba	18,1	21,0	0,24	0,24	17,7	17,7	5,4	5,4	9,6	10,5	47,1	44,4
	Pernambuco	12,0	12,0	0,20	0,20	25,9	25,9	46,5	46,5	42,8	27,2	64,3	79,2
	Piauí	13,2	13,0	0,30	0,30	20,8	4,3	0,0	4,3	11,2	18,4	59,1	53,1
	Rio Grande do Norte	17,7	17,7	0,24	0,24	3,8	13,0	15,0	13,8	4,2	12,8	28,5	50,6
	Sergipe	16,0	16,0	0,12	0,17	39,4	100,0	1,3	-	24,1	46,7	33,7	56,9
	Espírito Santo	18,3	18,0	0,24	0,24	26,4	26,4	0,0	0,0	33,8	52,8	35,7	66,3
	Minas Gerais	22,9	22,8	0,21	0,21	2,3	22,2	2,8	-	20,4	11,5	41,5	32,9
	Rio de Janeiro	12,7	12,7	0,12	0,12	19,2	29,9	0,0	1,0	27,8	32,2	48,7	48,3
	São Paulo	23,0	22,9	0,17	0,17	6,7	-	4,2	4,2	18,5	13,6	29,7	26,8
	Paraná	18,4	23,0	0,19	0,19	38,8	38,8	0,0	0,0	38,6	76,9	77,3	95,2
	Rio Grande do Sul	19,8	19,8	0,13	0,13	14,3	-	3,6	-	26,3	83,5	28,4	82,0
	Santa Catarina	18,8	18,8	0,19	0,19	2,4	2,4	1,0	1,0	19,0	37,4	23,7	41,7
	Distrito Federal	18,6	18,6	0,10	0,10	17,4	17,4	-	-	37,2	18,6	24,1	64,9
	Goiás	14,0	12,4	0,17	0,15	0,0	0,0	5,7	4,1	18,2	14,0	37,8	38,0
	Mato Grosso	18,3	18,3	0,20	0,20	22,0	22,0	10,6	10,6	41,4	39,2	63,1	61,0
	Mato Grosso do Sul	17,3	17,3	0,23	0,23	8,0	8,0	3,8	3,8	0,5	42,6	34,1	75,0

Prioridade
IV – Fortalecimento da Capacidade de Resposta às Doenças Emergentes e Endemias, com Ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite e AIDS

UF Residência	14 – Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue		17 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase		18 – Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus *influenza*		20 – Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade		21 – Prevalência de sedentarismo em adultos		22 - Prevalência de tabagismo		23 – Proporção de estados/ municípios prioritários com NPVPS	
	Sinan (%)	Sispacto (%)	Sinan (%)	Sispacto (%)	Sivep Gripe (%)	Sispacto (%)	Sinan (/100.000)	Sispacto (/100.000)	Vigitel(%)	Sispacto (%)	Vigitel (%)	Sispacto (%)	FORMSUS(%)	Sispacto (%)
Acre	0,0	0,0	98,4	98,4	55,8	88,9	1,1	0,0	19,3	27,2	18,0	18,1	100,0	100,0
Amapá	0,0	0,0	75,0	60,2	0,0	8,1	2,3	1,1	15,4	-	16,0	-	100,0	0
Amazonas	3,4	2,8	79,6	78,0	29,0	55,0	2,3	4,4	17,0	24,2	13,5	13,4	100,0	100,0
Pará	14,3	12,0	77,7	75,2	11,2	12,5	2,4	1,1	20,7	16,6	13,5	13,5	-	-
Rondônia	16,7	0,0	85,5	82,3	76,0	76,0	3,1	3,4	15,2	17,0	17,9	16,0	100,0	50,0
Roraima	1,1	1,0	72,6	72,6	38,8	65,0	1,8	5,4	14,4	0,0	17,3	16,5	50,0	0,0
Tocantins	2,8	2,8	85,5	86,2	4,4	23,0	1,4	3,1	11,0	18,7	13,1	13,2	100,0	100,0
Alagoas	4,4	4,3	82,9	80,9	13,1	12,8	2,5	2,2	22,3	30,4	9,7	9,8	100,0	100,0
Bahia	9,6	10,1	71,9	70,2	49,4	85,0	2,5	0,4	16,9	24,6	10,0	10,0	60,0	60,0
Ceará	3,8	3,8	84,4	84,4	28,1	37,2	1,6	0,8	16,9	27,5	11,7	11,8	68,0	66,6
Maranhão	60,0	9,3	79,3	79,3	14,4	35,0	2,1	1,1	20,7	29,0	10,3	10,1	100,0	50,0
Paraíba	6,6	7,7	78,0	71,4	21,0	14,7	1,2	0,3	21,2	31,1	11,5	12,2	100,0	-
Pernambuco	11,8	10,8	81,0	76,4	90,0	90,7	2,6	3	21,7	32,0	10,4	10,4	83,5	100,0
Piauí	0,0	0,0	81,5	81,5	24.6	27,1	0,9	0,9	17,6	0,0	12,8	0,0	100,0	100,0
Rio Grande do Norte	3,2	4,3	76,1	76,1	5,5	8,6	3,1	0	22,0	32,3	12,7	12,5	100,0	100,0
Sergipe	4,8	4,7	86,1	84,1	11,0	11,0	2,3	2,0	19,7	29,3	12,0	11,9	100,0	100,0
Espírito Santo	8,6	8,6	87,5	87,5	84,2	84,0	2,7	0,1	17,0	29,1	13,0	13,1	100,0	100,0
Minas Gerais	9,3	11,0	86,5	84,6	30,1	39,4	1,5	1,0	16,0	27,6	19,2	15,6	60,0	-
Rio de Janeiro	5,5	5,7	85,0	85,0	0,4	-	5,1	2,7	16,2	28,3	16,6	12,8	41,5	-
São Paulo	0,0	0,0	83,7	80,0	95,1	91,1	1,9	1,0	18,2	26,2	20,9	17,5	78,0	73,9
Paraná	0,0	100,0	89,1	86,8	41,3	40,8	2,9	1,3	15,0	26,2	18,2	18,2	58,0	42,9
Rio Grande do Sul	0,0	0,0	79,1	79,1	51,7	59,7	4,6	7,4	13,1	27,1	19,4	19,5	60,0	80,0
Santa Catarina	0,0	0,0	88,0	85,0	20,1	35,4	1,1	2,5	14,2	27,3	17,5	17,6	100,0	100,0
Distrito Federal	0,0	0,0	85,2	82,8	14,4	14,2	0,9	0,0	15,1	24,4	15,8	15,8	100,0	100,0
Goiás	5,7	5,6	72,0	72,0	21,6	26,3	0,8	0,0	14,3	22,9	14,0	14,1	68,0	34,0
Mato Grosso	14,3	17,6	82,8	79,4	0,0	0,0	0,0	2,3	15,3	26,9	13,7	13,6	100,0	15,0
Mato Grosso do Sul	0,0	13,9	87,6	85,3	95,0	95,0	0,0	0,0	17,3	23,9	18,8	16,4	100,0	50,0

Prioridade VI - Fortalecimento da Atenção Básica	UF Residência	24 – Proporção da população cadastrada pela estratégia da saúde da família		25 – Proporção dos municípios com AMQ implantado		27 – Média anual de ação coletiva de Escovação Dental Supervisionada		28 – Cobertura da Primeira Consulta Odontológica Programática	
		Siab – 2008 (%)	Sispacto (%)	Aplicativo Digital AMQ – 2008 (%)	Sispacto (%)	SIA – 2008 (%)	Sispacto (%)	SIA – 2008 (%)	Sispacto (%)
	Acre	59,4	61,2	23,8	22,7	3,29	3,28	9,1	9,10
	Amapá	64,6	64,6	0,0	0,0	3,72	0,27	30,8	30,80
	Amazonas	53,3	53,3	18,2	18,2	0,27	3,72	14,3	14,30
	Pará	34,5	34,5	não pactuado	não pactuado	não pactuado	0,65	29,2	29,20
	Rondônia	39,0	41,3	não pactuado	não pactuado	0,36	0,35	10	9,78
	Roraima	70,1	70,0	0,0	0,0	0,25	3,50	43,6	15,00
	Tocantins	82,0	82,0	1,5	1,5	3,00	3,00	24,8	24,80
	Alagoas	69,9	73,0	2,0	0,0	3,06	3,00	13,7	13,70
	Bahia	50,5	50,7	não pactuado	não pactuado	1,31	1,14	16	14,80
	Ceará	68,3	77,6	7,4	7,4	5,80	5,80	12,6	12,60
	Maranhão	76,0	76,0	0,0	0,0	2,80	2,80	16,5	16,50
	Paraíba	88,7	88,7	não pactuado	não pactuado	não pactuado	não pactuado	15,3	15,30
	Pernambuco	71,1	71,5	2,3	2,3	2,04	1,33	13,4	12,34
	Piauí	91,6	91,7	3,6	3,6	1,35	14,50	16,7	15,30
	Rio Grande do Norte	76,7	76,2	4,9	4,9	1,38	1,19	17,7	14,97
	Sergipe	93,8	98,3	0,0	0,0	3,08	3,10	69,1	23,54
	Espírito Santo	50,2	50,2	58,2	58,2	5,17	5,17	8,6	8,60
	Minas Gerais	55,2	56,6	não pactuado	não pactuado	não pactuado	não pactuado	13	13,00
	Rio de Janeiro	24,6	24,7	4,5	4,5	1,05	0,96	13	11,68
	São Paulo	27,2	27,4	2,1	3,7	2,87	2,77	11,8	11,24
	Paraná	50,9	50,9	3,6	16,0	3,14	3,06	14,1	13,67
	Rio Grande do Sul	32,1	32,1	0,8	0,8	1,17	1,17	9,4	9,40
	Santa Catarina	70,3	70,4	1,1	0,0	3,48	3,29	15,3	14,83
	Distrito Federal	8,5	8,7	não pactuado	não pactuado	0,12	0,12	7,6	7,61
	Goiás	54,3	59,9	1,7	1,7	não pactuado	não pactuado	10,4	10,40
	Mato Grosso	61,2	61,4	não pactuado	não pactuado	não pactuado	não pactuado	19,9	17,32
	Mato Grosso do Sul	52,3	54,0	4,1	4,1	3,29	3,26	12,2	11,91

Prioridade VI - Fortalecimento da Atenção Básica	UF Residência	29 – Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral		30 –Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos e mais		31 – Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas		32 – Proporção de nascidos vivos de mães com 4/7 ou mais consultas de pré-natal	
		SIH – 2008 (/10.000)	Sispacto (/10.000)	SIH –2008 (/10.000)	Sispacto (/10.000)	SIA–2008 (N)	Sispacto (N)	Sinasc–2007 (%)	Sispacto - 2008 (%)
	Acre	19,3	17,7	15,3	14,1	2,0	2,00	68,00	68,4
	Amapá	20,4	20,4	11,4	11,4	1,4	1,40	68,2	68,2
	Amazonas	16,8	16,8	8,3	8,3	1,5	1,50	72,4	72,4
	Pará	25,2	25,2	12,7	12,7	1,6	1,60	80,4	80,4
	Rondônia	19,1	22,7	28,3	28,3	0,9	0,87	82,1	54,0
	Roraima	23,8	25,8	14,9	17,6	2,1	1,70	74,8	76,0
	Tocantins	34,9	34,6	20,2	20,1	2,0	2,00	88,3	88,3
	Alagoas	25,8	25,5	16,4	16,2	1,5	1,44	85,0	86,6
	Bahia	22,8	12,4	14,7	15,4	1,5	1,43	81,1	83,4
	Ceará	23,3	21,6	11,0	10,1	1,3	1,30	90,7	90,9
	Maranhão	23,6	23,6	12,1	12,1	2,0	2,00	75,4	75,4
	Paraíba	28,9	28,9	14,1	14,1	1,6	1,60	47,9*	47,9
	Pernambuco	20,8	20,5	14,1	14,0	1,5	1,50	88,7	89,5
	Piauí	30,5	30,2	18,2	18,2	1,7	1,50	87,4	88,3
	Rio Grande do Norte	19,7	20,6	9,5	10,4	2,1	1,71	45,4*	46,5
	Sergipe	10,9	10,9	8,6	8,4	2,3	2,20	86,8	85,7
	Espírito Santo	19,9	19,9	9,5	9,5	1,9	1,91	63,6*	63,6
	Minas Gerais	29,5	22,8	12,7	13,7	1,9	1,82	61,4*	63,5
	Rio de Janeiro	16,8	16,8	10,2	10,1	1,3	1,17	62,7*	62,7
	São Paulo	21,6	21,5	7,6	7,6	2,0	1,82	75,00*	74,6
	Paraná	29,0	9,7	15,6	18,6	2,0	2,00	76,00*	78,2
	Rio Grande do Sul	9,3	não Informado	18,4	18,4	1,3	1,30	70,6*	71,3
	Santa Catarina	33,9	33,7	13,0	12,8	1,7	1,60	66,5*	68,1
	Distrito Federal	23,8	23,8	14,2	14,2	1,9	1,85	89,3	90,1
	Goiás	25,9	22,7	21,8	22,6	1,1	1,12	61,8*	61,8
	Mato Grosso	21,2	19,3	15,6	14,6	2,3	1,97	93,0	93,0
	Mato Grosso do Sul	23,5	23,6	10,7	10,7	1,5	1,45	63,1*	62,9

*Estados que pactuaram sete ou mais consultas pré-natal

Prioridade VI - Fortalecimento da Atenção Básica	UF Residência	33 – Média mensal de visitas domiciliares por família realizada por Agente Comunitário de Saúde		34 – Percentual de crianças menores de 5 anos com baixo peso para idade		35 – Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Básica		Prioridade Atenção Integral às Pessoas em Situação ou Risco de Violência	42 – Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, implantadas	
		SIA–2008 (N)	Sispacto (N)	Sisvan– 2008 (%)	Sispacto (%)	Sisvan – Módulo de gestão - 2008 (%)	Sispacto (%)		Viva e Sinan 2008 (%)	Sispacto
	Brasil	**0,6**	**0,6**	**4.7%**	-	**58,2**	-		**61,5**	-
	Acre	0,6	0,64	5,9	9,6	48,6	48,6		100,0	100,0
	Amapá	0,5	0,50	8,1	8,1	18,8	18,8		100,0	100,0
	Amazonas	0,8	0,80	8,8	8,8	59,5	59,5		100,0	100,0
	Pará	não pactuado	0,70	8,5	8,5	não pactuado	não pactuado		34,0	não pactuado
	Rondônia	0,4	0,41	3,7	5,1	47,9	47,9		100,0	50,0
	Roraima	0,6	2,50	5,5	8,7	43,8	43,8		50,0	0,0
	Tocantins	0,8	0,83	5,5	5,5	62,2	62,2		100,0	100,0
	Alagoas	0,9	1,29	5,1	6,5	56,7	56,7		50 ,0	50,0
	Bahia	não pactuado	não pactuado	5	8,2	62,6	62,6		50 ,0	100,0
	Ceará	0,6	0,66	4,9	4,9	68,3	68,3		66,5	100,0
	Maranhão	0,7	0,70	10,1	10,1	59,1	59,1		50,0	50,0
	Paraíba	não pactuado	não pactuado	3,3	3,3	não pactuado	não pactuado		50,0	100,0
	Pernambuco	0,7	0,97	3,9	5,2	67,3	67,3		66,5	83,3
	Piauí	0,6	1,40	6,6	10,2	71,2	71,2		100,0	100,0
	Rio Grande do Norte	0,6	0,63	4,2	1,5	73	77,7		100,0	71,4
	Sergipe	0,9	0,90	4,8	7,3	55,2	55,2		100,0	100
	Espírito Santo	0,6	0,60	3,0	3,0	53,4	53,4		66,5	75
	Minas Gerais	não pactuado	não pactuado	4,3	5,1	não pactuado	não pactuado		40,0	0
	Rio de Janeiro	0,4	0,20	3,3	4,2	36,0	36,0		61,0	22,8
	São Paulo	0,7	0,87	2,7	2,7	43,3	43,3		86,5	91,3
	Paraná	0,5	0,60	2,9	4,0	64,0	64,0		50,0	58,0
	Rio Grande do Sul	0,4	0,40	2,8	2,8	50,9	50,9		50,0	80,0
	Santa Catarina	0,5	0,55	4,6	5,7	55,3	55,3		50,0	50,0
	Distrito Federal	0,3	0,32	4,8	6,2	25,4	25,4		100,0	100,0
	Goiás	0,5	0,50	3,7	1,3	40,0	40,0		34,0	34,0
	Mato Grosso	0,3	0,43	4,1	5,8	não pactuado	não pactuado		100,0	0,0
	Mato Grosso do Sul	0,6	0,60	3,4	6,5	58,9	58,9		50,0	50,0

Anexo B – Pacto de Gestão

Prioridade Responsabilidades Gerais	UF Residência	45 – Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas		46 – Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em menores de 15 anos		54 – Proporção de estados e municípios com relatórios de Gestão Aprovados no CES e CMS	
		SIM – 2007 (%)	Sispacto (%)	Sinan – 2008 (/10.000)	Sispacto (/10.000)	CIT (%)	Sispacto (%)
	Acre	92,6	87,7	3,3	9,0	50	100,0
	Amapá	83,4	82,5	2,6	6,0	21	0,0
	Amazonas	82,4	83,5	1,7	19,0	0	48,4
	Pará	85,6	85,9	1,1	1,2	0	100,0
	Rondônia	92,4	80,6	3,8	17,0	6	29,0
	Roraima	94,9	96,8	3,4	2,7	0	46,7
	Tocantins	96,4	90,6	1,8	1,4	83	86,0
	Alagoas	93,0	92,5	1,1	11,0	4	39,0
	Bahia	85,9	83,8	1,2	1,5	35	73,0
	Ceará	94,9	94,4	1,4	34,0	91	100,0
	Maranhão	91,8	91,1	1,1	25,0	63	54,8
	Paraíba	91,8	91,1	1,1	1,1	12	25,6
	Pernambuco	94,7	93,9	1,3	1,3	4	23,8
	Piauí	95,7	97,1	1,6	1,6	0	48,4
	Rio Grande do Norte	96,4	96,4	1,4	1,4	19	52,1
	Sergipe	92,8	91,2	2,4	14,0	33	14,7
	Espírito Santo	97,0	96,2	1,0	9,0	0	61,5
	Minas Gerais	88,8	89,1	1,3	62,0	0	56,0
	Rio de Janeiro	90,9	90,8	0,5	0,5	60	73,9
	São Paulo	93,6	93,8	1,1	110,0	67	90,2
	Paraná	95,3	95,5	1,1	29,0	81	94,5
	Rio Grande do Sul	95,1	95,7	1,0	1,0	90	76,2
	Santa Catarina	91,4	92,2	0,7	14,0	56	66,9
	Distrito Federal	95,7	98,1	0,9	1,0	*	100,0
	Goiás	93,4	91,7	1,3	19,0	24	0,02
	Mato Grosso	96,5	96,3	1,1	9,0	76	39,7

*O Distrito Federal não possui municípios

EQUIPE TÉCNICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA-EXECUTIVA (SE)
DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO DESCENTRALIZADA (DAGD)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS)
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB)
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DE SISTEMAS (DRAC)
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS (DAPES)

SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA (SGEP)
DEPARTAMENTO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SUS (DEMAGS)

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS)
DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE (DASIS)
DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE (DAGVS)
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (DEVEP)
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR (DESAST)
DEPARTAMENTO DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA)
DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA (DSAI)

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa)
NÚCLEO DE ASSESSORAMENTO EM DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Nadav)

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Inca)
COORDENAÇÃO GERAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS

Apoio:

Organização Pan-Americana da Saúde

Ministério da Saúde

Governo Federal