

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**  
**(Modalidade à Distância)**

Sheila Fernandes da Silva

***A ANÁLISE DOS INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE  
COMO FERRAMENTA DO PLANEJAMENTO DA GESTÃO***

SÃO LOURENÇO DO SUL / RS

2012

Sheila Fernandes da Silva

***A ANÁLISE DOS INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE  
COMO FERRAMENTA DO PLANEJAMENTO DA GESTÃO***

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde pela Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul /UFRGS.

Orientador: Prof. Dr. Paul Douglas Fisher

SÃO LOURENÇO DO SUL / RS

2012

Sheila Fernandes da Silva

***A ANÁLISE DOS INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE COMO  
FERRAMENTA DO PLANEJAMENTO DA GESTÃO***

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado como requisito  
parcial à obtenção do título de  
Especialista em Gestão em Saúde  
pela Escola de Administração da  
Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul /UFRGS.

Conceito final:

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

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Orientador - Prof. Dr. Paul Douglas Fisher

*“Se planejar é sinônimo de conduzir conscientemente, não existirá então alternativa ao planejamento. Ou planejamos ou somos escravos da circunstância. Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”. (MATUS, 1996, p. 14)*

## RESUMO

O Pacto pela Saúde e seus componentes Pela Vida, Em Defesa do SUS, e de Gestão foi implementado em 2006, pelo Governo Federal com o propósito de normatizar a definição de compromissos entre os gestores das três esferas do SUS; constituindo um conjunto de metas expressas em objetivos e resultados, derivados da análise da situação de saúde e das prioridades definidas pelos governos de forma tripartite. Frente a isso, foi proposta a realização de um estudo, de abordagem quantitativa, com o objetivo de analisar os indicadores do Pacto pela Vida, obtidos pelo município de São José do Norte / RS, nos últimos cinco anos, a fim de traçar o perfil situacional de saúde do município e propor medidas de intervenção a serem utilizadas como ferramentas no planejamento da gestão em saúde. Após a análise, foi possível concluir que o município tem apresentado resultados satisfatórios na maioria dos indicadores, como a redução da mortalidade infantil e materna; e incentivo à Atenção Básica. No entanto, ainda restam indicadores com resultado abaixo do esperado, como a atenção à saúde da mulher, e combate às doenças crônicas; o que exigirá da gestão municipal de saúde a articulação de ações e projetos para promoção dos mesmos.

**Palavras chave:** Pacto pela Saúde, Pacto pela Vida, Planejamento da gestão em saúde, Pesquisa quantitativa em saúde.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Fluxograma do planejamento da gestão baseada em indicadores de saúde	27
<b>Gráfico 1</b> - Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura do fêmur	30
<b>Gráfico 2</b> - Razão de exames Citopatológicos de Colo Uterino na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo	34
<b>Gráfico 3</b> - Percentual de tratamento/seguimento informado de diagnóstico de lesões graves de Colo do Útero	35
<b>Gráfico 4</b> - Razão entre Mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária	38
<b>Gráfico 5</b> - Número de Óbitos Infantis no período	40
<b>Gráfico 6</b> - Coeficiente de Mortalidade Infantil	41
<b>Gráfico 7</b> - Número de Óbitos Neonatais no período	42
<b>Gráfico 8</b> - Coeficiente de Mortalidade Neonatal	42
<b>Gráfico 9</b> - Número de Óbitos Pós Neonatais	43
<b>Gráfico 10</b> - Coeficiente de Mortalidade Pós Neonatal	44
<b>Gráfico 11</b> - Proporção de óbitos de mulher em idade fértil investigados	48
<b>Gráfico 12</b> - Incidência de Sífilis Congênita	51
<b>Gráfico 13</b> - Taxa de letalidade por Dengue	53
<b>Gráfico 14</b> - Proporção de cura de novos casos de Hanseníase	55
<b>Gráfico 15</b> - Proporção de cura de novos casos de Tuberculose Bacilífera	56
<b>Gráfico 16</b> - Proporção de casos de Hepatite B confirmados por sorologia	58
<b>Gráfico 17</b> - Taxa de Incidência de AIDS em menores de cinco anos de idade	60
<b>Gráfico 18</b> - Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	67
<b>Gráfico 19</b> - Proporção de Nascidos Vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré Natal	68
<b>Gráfico 20</b> - Taxa de internação por Diabetes Mellitus e complicações na população de 30 a 59 anos	69
<b>Gráfico 21</b> - Percentual de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade	70

<b>Gráfico 22</b> - Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral na população de 30 a 59 anos	72
<b>Gráfico 23</b> - Percentual de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Básica	73

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Metas 2010 para o indicador Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura do fêmur	30
<b>Tabela 2</b> - Metas 2010 para o indicador Razão de exames Citopatológicos de Colo Uterino na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo	33
<b>Tabela 3</b> - Metas 2010 para o indicador Percentual de tratamento/seguimento informado de diagnóstico de lesões graves de Colo do Útero	35
<b>Tabela 4</b> – Metas 2010 para o indicador Razão entre Mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária	38
<b>Tabela 5</b> – Metas 2010 para o indicador Coeficiente de Mortalidade Infantil	41
<b>Tabela 6</b> – Metas 2010 para o indicador Coeficiente da Mortalidade Neonatal	42
<b>Tabela 7</b> – Metas 2010 para o indicador Coeficiente de Mortalidade Pós Neonatal	43
<b>Tabela 8</b> – Metas 2010 para o indicador Proporção de óbitos de mulher em idade fértil investigados	48
<b>Tabela 9</b> – Metas 2010 para o indicador Incidência de Sífilis Congênita	50
<b>Tabela 10</b> – Metas 2010 para o indicador Taxa de letalidade por formas graves de Dengue	53
<b>Tabela 11</b> – Metas 2010 para o indicador Proporção de cura de novos casos de Hanseníase	54
<b>Tabela 12</b> – Metas 2010 para o indicador Proporção de cura de novos casos de Tuberculose Bacilífera	56
<b>Tabela 13</b> – Metas 2010 para o indicador Proporção de amostras clínicas para diagnóstico do vírus Influenza em relação ao preconizado	57
<b>Tabela 14</b> – Metas 2010 para o indicador Proporção de casos de Hepatite B confirmados por sorologia	58
<b>Tabela 15</b> – Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade	60
<b>Tabela 16</b> – Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	66
<b>Tabela 17</b> – Proporção de Nascidos Vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré Natal	68
<b>Tabela 18</b> – Taxa de internação por complicações por Diabetes Mellitus na população de 30 a 59 anos	69

<b>Tabela 19</b> – Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade	70
<b>Tabela 20</b> – Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na população de 30 a 59 anos	71
<b>Tabela 21</b> – Percentual de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Básica	73

## LISTA DE SIGLAS

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**ANTI-HBC TOTAL:** Anticorpo contra o antígeno do core do vírus da Hepatite B (IgM + IgG)

**APS** - Atenção Primária em Saúde

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**CA** – Câncer

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CNP+** - Casos Novos Pulmonares Positivos

**COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem

**CONASENS** – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**CONIC** - Conselho Nacional de Igrejas Cristãs do Brasil

**DATASUS** - Banco de dados do Sistema Único de Saúde

**DCNT** – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**DN** – Declaração de Nascimento

**DOTS** - Cobertura do tratamento diretamente observado da Tuberculose

**DST** – Doença Sexualmente Transmissível

**EACS** – Estratégia Agentes Comunitários de Saúde

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**HBsAg** - Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B

**HIPERDIA** - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

**HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana

**IAM** – Infarto Agudo do Miocárdio

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IgM** – Imunoglobulina M

**INCA** – Instituto Nacional do Câncer

**NASF** – Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família

**NIC** - Neoplasia Intra epitelial Cervical

**NOB** – Norma Operacional Básica

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PAB** – Piso da Atenção Básica

**PAC** – Programa de Aceleração do Crescimento

**PEHV** – Programa Estadual para Prevenção e Controle das Hepatites Virais  
**PHPN** – Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento  
**PIM** – Primeira Infância Melhor  
**PNCH** – Programa Nacional de Controle da Hanseníase  
**PNPS** – Política Nacional de Promoção da Saúde  
**PPI** – Programação Pactuada e Integrada  
**RN** – Recém Nascido  
**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica  
**SIM** – Sistema de Informação sobre Mortalidade  
**SISCOLO** - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero  
**SISPRENATAL** - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento  
**SISVAN** – Sistema de Vigilância Alimentar  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**TCC** – Trabalho de Conclusão de Curso  
**TCG** – Termo de Compromisso de Gestão  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**US** – Unidade Sentinela  
**UTI NEO** – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
2.1. O PACTO PELA SAÚDE.....	17
2.1.1. O Pacto em Defesa do SUS.....	18
2.1.2. O Pacto de Gestão.....	20
2.1.3. O Pacto pela Vida.....	20
<b>3. CRONOGRAMA.....</b>	<b>24</b>
<b>4. ORÇAMENTO.....</b>	<b>25</b>
<b>5. METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
5.1. COLETA DE DADOS.....	26
5.2. LOCAL DE ESTUDO.....	28
<b>6. ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E PROPOSTAS DE PROMOÇÃO DOS INDICADORES.....</b>	<b>29</b>
6.1. PRIORIDADE I: ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO.....	29
6.2. PRIORIDADE II: CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA.....	32
6.3. PRIORIDADE III: REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.....	39
6.4. PRIORIDADE IV: FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS.....	52
6.5. PRIORIDADE V: PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	62

<b>6.6. PRIORIDADE VI: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>65</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO A - PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO B - PORTARIA Nº 325/GM DE 21 DE FEVEREIRO DE 2008: Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.....</b>	<b>90</b>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vigente no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988; foi elaborado a partir da unificação de vários sistemas existentes à época e da descentralização da saúde e previdência, na qual teve sua origem; tendo como principais bandeiras institucionalistas a Universalidade (para todos), a Equidade (igualdade de acesso) e Integralidade (assistência integral em todos os níveis).

Processo este iniciado em meados dos anos 80, em meio à crise política brasileira, o fim do governo ditatorial e a reestruturação democrática, sendo necessária à expansão dos direitos sociais frente ao resgate da dívida social por anos de ditadura; em reação contrária à tendência mundial de valorização do mercado, ou seja: o incentivo à privatização do setor saúde, por ser inviável mantê-lo como estatal devido ao alto custo e a crise fiscal. O governo brasileiro expande os direitos sociais até então restritos à vinculação ao sistema previdenciário, incluindo a saúde como direito universal de todos os brasileiros.

*Ao estabelecer os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção como diretrizes organizacionais da descentralização e da participação da sociedade, o SUS rompeu com o sistema anterior e fundou novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais para o provimento de ações e dos serviços de saúde no país, considerando-os como direito de todos e dever do Estado. (CARVALHO e BARBOSA, 2010, p. 9).*

O SUS inova-se em relação ao modelo anterior de sistema de saúde ao introduzir diretrizes de expansão ao direito de assistência de saúde a todos os brasileiros e constituindo-o como um dever do Estado, deixando de ser privilégio dos contribuintes da Previdência Social; através da universalização do sistema e da garantia de oferta de serviços a todos os cidadãos independentemente de vínculo empregatício ou contribuição sindical; passando a ser custeado com recursos da União, Estados e Municípios e não apenas da seguridade social. O serviço passa a ser descentralizado entre as

três esferas que a partir de então atuam como cogestores do sistema e não somente como compradores de serviços do governo federal; passando a iniciativa privada a atuar somente em caráter complementar; dando prioridade às atividades de prevenção à saúde, sem prejuízo da assistência curativa; além de incluir a participação da comunidade (por meio da Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990), através dos Conselhos de Saúde, na gestão do SUS.

No entanto, passados mais de duas décadas de sua implementação, tornou-se necessária uma reestruturação no processo de descentralização, organização e gestão do Sistema Único de Saúde, e a necessidade de definição de compromissos entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentassem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

*A descentralização das ações e serviços de saúde vem ocorrendo por intermédio do chamado processo de municipalização. Objetivando transferir o poder do nível central para o nível periférico, o texto constitucional atribui ao município à condição de ente federado (Art. 1º e 18º), reconhecendo os governos municipais em seu papel de provedores dos serviços públicos essenciais. Quanto à área da saúde, o município recebe, pela Constituição (Art. 30, VII), a incumbência de atender à saúde da população com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados. (MOTTIN, 1999, p. 26)*

*Diante das novas atribuições, os municípios vivenciam situações que lhes exigem o desempenho de funções até então atribuídas a outros níveis. Frente a isso, implantar um sistema de saúde que objetiva descentralizar o atendimento, atribuindo maior responsabilidade aos municípios, implica reverter um quadro existente até então, em que as esferas municipais eram apenas executoras. (MOTTIN, 1999, p. 27)*

Frente ao novo desafio de planejamento de uma gestão municipal de saúde fundamentada nos princípios norteadores do SUS, com capacidade de reconhecer, identificar e propor soluções para as reais necessidades no atendimento da população local, por meio da análise situacional do município; o Governo Federal resolve normatizar a definição de compromissos entre os gestores do SUS em torno de prioridades que retratassem o perfil da saúde pública brasileira; constituindo um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da

situação de saúde e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Para isso fez publicar as Portarias Nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 (ANEXO A), e Nº 325/GM de 21 de fevereiro de 2008 (ANEXO B), divulgando o Pacto pela Saúde e aprovando as suas diretrizes operacionais, nos componentes Pela Vida, em Defesa do SUS, e de Gestão; com o propósito de firmar compromissos formais entre as esferas tripartides (Federal, Estadual e Municipal), a fim de promover a melhoria da qualidade da assistência de saúde prestada à população.

*A pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde devem representar o compromisso entre os gestores do Sistema Único de Saúde em torno de prioridades que impactam nas condições de saúde da população.*  
(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 3).

Frente ao exposto, é proposta a realização de um estudo, de abordagem quantitativa, a fim de traçar o perfil situacional de saúde do município de São José do Norte / RS; por meio da análise dos indicadores das seis prioridades expressas no Pacto Pela Vida; objetivando identificar se o processo de descentralização do sistema através da definição de responsabilidades sanitárias firmados pelas três esferas, expressos no Pacto pela Saúde, tem apresentado resultados significativos quanto ao seu objetivo de promoção da qualidade dos serviços; se estados e municípios tem apresentado índices satisfatórios; e de que forma analisar as metas e indicadores prioritários de saúde do Pacto pela Vida podem ser utilizados em prol da melhoria da qualidade do sistema de saúde.

Por tratar-se de representar um compromisso da gestão pública de saúde no empenho do cumprimento das metas de promoção da saúde, configura-se como uma estratégia de planejamento da gestão, pois através da análise dos indicadores de saúde obtidos, é possível traçar o perfil situacional de saúde de uma localidade, realizar diagnósticos, propor medidas de reorganização do planejamento, e implementação de ações visando à promoção da assistência pública de saúde.

*Deve-se implementar uma agenda de decisões tripartite que possibilite a efetivação de acordos entre os entes federados para a transformação de alguns aspectos da institucionalidade vigente e promova inovações em alguns processos e instrumentos de gestão. Tal pactuação deve ter como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.*

*Torna-se imprescindível a definição e explicitação das responsabilidades sanitárias de cada ente federado, de cada sistema e serviço; de modo a se produzir ações integrais de saúde em função das necessidades da população e na busca da equidade social. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 6).*

**Objetivos Gerais:** Avaliar a capacidade do município de São José do Norte / RS no cumprimento das metas pactuadas no Pacto pela Vida, no período de 2006-2010.

**Objetivos Específicos:**

- a) Descrever os objetivos do Pacto pela Saúde, nos componentes Pela Vida, Em Defesa do SUS, e de Gestão;
- b) Apresentar as prioridades do Pacto pela Vida, utilizadas no estudo;
- c) Analisar os indicadores do Pacto pela Vida, obtidos pelo município de estudo nos últimos cinco anos;
- d) Avaliar a situação condicional do município em comparação ao estado, em cumprir as metas do Pacto pela Vida;
- e) Traçar o perfil situacional de saúde do município, por meio dos indicadores de saúde obtidos.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. O PACTO PELA SAÚDE

Desde a criação do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988; o Ministério da Saúde enfrenta o desafio de tentar organizar o novo sistema de forma a delegar funções e responsabilidades às três esferas: União, Estados e Municípios; por meio da descentralização.

Após várias propostas discutidas nas Conferências de Saúde e nos debates do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); foi sugerida a criação de uma nova proposta de pactuação entre as três esferas sobre o funcionamento do SUS, que resultou na criação do Pacto pela Saúde, por meio da Portaria Nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, divulgando o Pacto pela Saúde e aprovando as suas diretrizes operacionais.

*O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado de maneira tripartite, entre as três esferas de gestão (união, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).*

O objetivo principal do Pacto é promover a reforma sanitária iniciada na década de 80, através da resolução de questões que ainda interferem negativamente no funcionamento do SUS, além de atuar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil e definir as responsabilidades de gestão de cada ente federado. Representando um esforço das três esferas do governo para, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, rediscutir a organização e o funcionamento do SUS.

*O Pacto firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 7).*

Para melhor operacionalização, o Pacto foi dividido em três dimensões que contemplam estratégias de reorganização do sistema: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Através da Portaria Nº 699/GM de 30 de março de 2006, foi publicada a regulamentação do Pacto, instituindo o Termo de Compromisso de Gestão e seus anexos, como documentos de formalização nas dimensões Pela Vida e de Gestão; tornando sua assinatura a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade; no qual fica estabelecido que anualmente, ao fim do primeiro trimestre do ano, serão revistas as metas, objetivos e indicadores dos termos da instância Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal.

#### 2.1.1. O PACTO EM DEFESA DO SUS

O Pacto em Defesa do SUS objetiva discutir e defender o sistema a partir dos seus princípios fundamentais de Universalidade, Integralidade e Equidade; reafirmando seu significado e sua importância para a cidadania brasileira; ou seja: qualificação do sistema nas três esferas do governo para o livre acesso de todos os cidadãos brasileiros (Universalidade), com atendimento integral em todos os níveis (Integralidade), com igualdade de acesso (Equidade). Para tanto, as diretrizes operacionais do Pacto em Defesa do SUS recomendam: expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos

princípios do Sistema Único de Saúde, estabelecidos na Constituição Federal; e desenvolver e articular ações no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

Para garantir a defesa dos princípios do SUS e assegurá-lo como política pública, foram definidas como estratégias fundamentais:

a) Mobilização da sociedade para obtenção de mais recursos orçamentários e financeiros para a saúde; por meio da aprovação da Emenda Constitucional N° 29, que regula o financiamento do SUS. Esta recentemente sancionada pela Presidente da República, através do Projeto de Lei 121/2007, que define o que são considerados gastos em saúde e fixa os recursos mínimos a serem investidos por união, estados e municípios em saúde. Segundo a lei complementar a união deve aplicar em saúde o correspondente ao valor empenhado no orçamento anterior, corrigido pela variação do PIB, sendo que em caso de variação negativa os recursos não poderão ser reduzidos. Determinando ainda que estados invistam, no mínimo, 12% da receita em serviços públicos de saúde e para municípios, o mínimo é de 15%. A emenda define ainda em que ações os recursos destinados à saúde podem ser investidos:

*Com a regulamentação da Emenda 29, os recursos só poderão ser utilizados em ações e serviços de "acesso universal", que sejam compatíveis com os planos de saúde de cada ente da federação e de "responsabilidade específica" do setor saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população. (LEMOS, 2011)*

b) Implementação de um processo de mobilização social para divulgar a saúde como direito de todos e o SUS como a política pública que deve responder a esse fim. Processo que resultou na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, e posteriormente na cartilha ilustrada: Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, instrumento distribuído à população para divulgação

dos direitos ao atendimento de saúde de cada cidadão brasileiro, de acordo com a Lei 8080, de Regulamentação do SUS.

### 2.1.2. O PACTO DE GESTÃO

O Pacto de Gestão objetiva solucionar dois dos maiores desafios do SUS: a Regionalização e a Descentralização. Normatiza ainda o Financiamento, o Planejamento, a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), a Regulação da Atenção à Saúde e da Assistência, a Participação e Controle Social, a Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde. Tendo como finalidade estabelecer as responsabilidades de cada ente federado, de forma a esclarecer a competência de cada um; desenvolvendo a descentralização de atribuições da união para os estados e este para os municípios, tomando por base a territorialização da saúde para organização dos sistemas.

Além disso, ainda incentiva a importância da participação e do controle social por meio dos Conselhos e Conferências de saúde, como apoiadores e fiscalizadores da gestão do sistema nas três esferas, principalmente na questão da transferência de recursos financeiros fundo a fundo entre gestores.

### 2.1.3. O PACTO PELA VIDA

*O Pacto pela Vida constitui um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde, que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. Uma dessas prioridades foi direcionada à Atenção Básica à saúde, consolidando e qualificando a Estratégia Saúde da Família como centro coordenador das redes de atenção à saúde do SUS. (SANTANA, 2011)*

O Pacto pela Vida tem como objetivo principal estabelecer um conjunto de prioridades a serem assumidas pelos gestores das três esferas, expressas em objetivos, metas e indicadores, que são definidas nacionalmente, mas que permitem que os gestores indiquem situações a partir da sua necessidade local.

No início constituído somente pelos indicadores:

a) **ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO:** contemplando como prioridades as atividades de promoção do envelhecimento ativo e saudável, por meio da implantação e divulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; objetivando a atenção integral à saúde da população com mais de 60 anos.

b) **CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:** com o propósito de reduzir a mortalidade pelo tipo de Câncer que é a segunda causa de mortalidade feminina e o único que pode ser erradicado através de políticas públicas de prevenção e investimentos em tratamentos de média e alta complexidade; e também o de Mama, um dos mais frequentes nas mulheres brasileiras.

c) **REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:** com a meta de diminuição considerável da mortalidade infantil, principalmente por Diarréia e Pneumonia, por entender-se que o índice de mortalidade infantil reflete as condições de vida de uma localidade e o percentual de recursos públicos investidos, já que envolve fatores como saneamento básico, atenção primária, educação, entre outros. No caso da mortalidade materna, a redução representa o investimento na atenção ao Pré Natal, através do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (PHPN).

d) **FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS** (com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite e AIDS): com o objetivo de elaborar políticas públicas e elaboração de estratégias para que as

Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica tenham capacidade de enfrentamento às doenças emergentes e planos de ação para casos de endemias.

e) **PROMOÇÃO DA SAÚDE:** com o propósito de elaboração e implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que estimula a população à adoção de hábitos saudáveis, como prática de atividades físicas, alimentação saudável e combate ao tabagismo; enfatizando que a mudança no comportamento é a principal medida de prevenção para as Doenças e Agravos Não Transmissíveis, incluindo as doenças Cardiovasculares e o Diabetes.

f) **FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA:** objetivando a qualificação da Atenção Básica como porta de entrada no Sistema Único de Saúde, onde a população tenha garantia de atendimento de qualidade, de acordo com os princípios do SUS; priorizando as atividades de prevenção às doenças e agravos, sem prejuízo dos procedimentos de reabilitação; com garantia de encaminhamento para os serviços especializados de referência.

A partir da Portaria GM/MS Nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, foram incluídas novas prioridades: Saúde do trabalhador, Saúde mental, Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência, e Saúde do homem; a fim de enfrentar os principais problemas de saúde que assolam o país, os estados, as regiões e os municípios.

*O Pacto pela Vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, e metas a serem cumpridas. Estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pactuações locais. Os estados e municípios devem pactuar as ações que considerem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).*

De acordo com Laurindo et al (2001, p. 6), a implantação do Pacto permite a padronização de dados, o que possibilita observar o perfil das enfermidades e comparar as informações no âmbito regional e com outros estados; tendo-se assim a possibilidade de, ao comparar diferentes realidades, obter-se informações das reais necessidades locais, a fim de direcionar os recursos necessários para suprir suas carências na assistência de Saúde.

### 3. CRONOGRAMA

ATIVIDADE / MÊS	11	12	01	02	03	04
Escolha do tema e definição dos objetivos	X					
Aprimoramento dos objetivos e delimitação do tema	X					
Revisão da literatura	X	X	X			
Entrega e apresentação do projeto			X	X		
Pesquisa de campo			X	X		
Tratamento e análise do material coletado			X	X		
Redação do trabalho de conclusão				X	X	
Entrega do TCC					X	X
Defesa ante Banca Examinadora						X
Entrega da versão pós-Banca						X

#### 4. ORÇAMENTO

##### Recursos Financeiros:

<i>ITEM</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>VALOR</i>
<i>Acesso à internet</i>	<i>R\$ 50,00 / mês (4 meses de pesquisa)</i>	<i>R\$ 200,00</i>
<i>Material de escritório</i>	<i>Caneta, lápis, borracha, papel, tonner de impressão, pen drive)</i>	<i>R\$ 100,00</i>
<i>Deslocamento</i>	<i>Passagem rodoviária linha Pelotas – São Lourenço do Sul (ida/volta): R\$ 20,00 = (2 deslocamentos: Orientação TCC e Defesa ante Banca Examinadora)</i>	<i>R\$ 40,00</i>
<b><i>Orçamento total</i></b>		<b><i>R\$ 340,00</i></b>

##### Recursos Físicos:

a) Materiais: material de escritório, meio de transporte terrestre, apostilas, manuais, etc.

b) Humanos: pesquisador e consultores

c) Tecnológicos: computador com acesso à internet e impressora.

## 5. METODOLOGIA

O estudo em questão trata-se de uma pesquisa de cunho quantitativo que segundo Turato (*apud* MARSIGLIA, 2003, p. 5) relaciona-se à idéia de mensuração e busca resposta para a pergunta “Quanto”? Diferentemente do termo “qualitativo”, que busca responder a perguntas como “Qual”? “Qual tipo”?

Portanto, configura-se como uma pesquisa investigativa baseada em fontes de informação já disponíveis em sistemas de informação do Ministério da Saúde, ou seja, amostras secundárias probabilísticas que serviram como instrumentos do estudo.

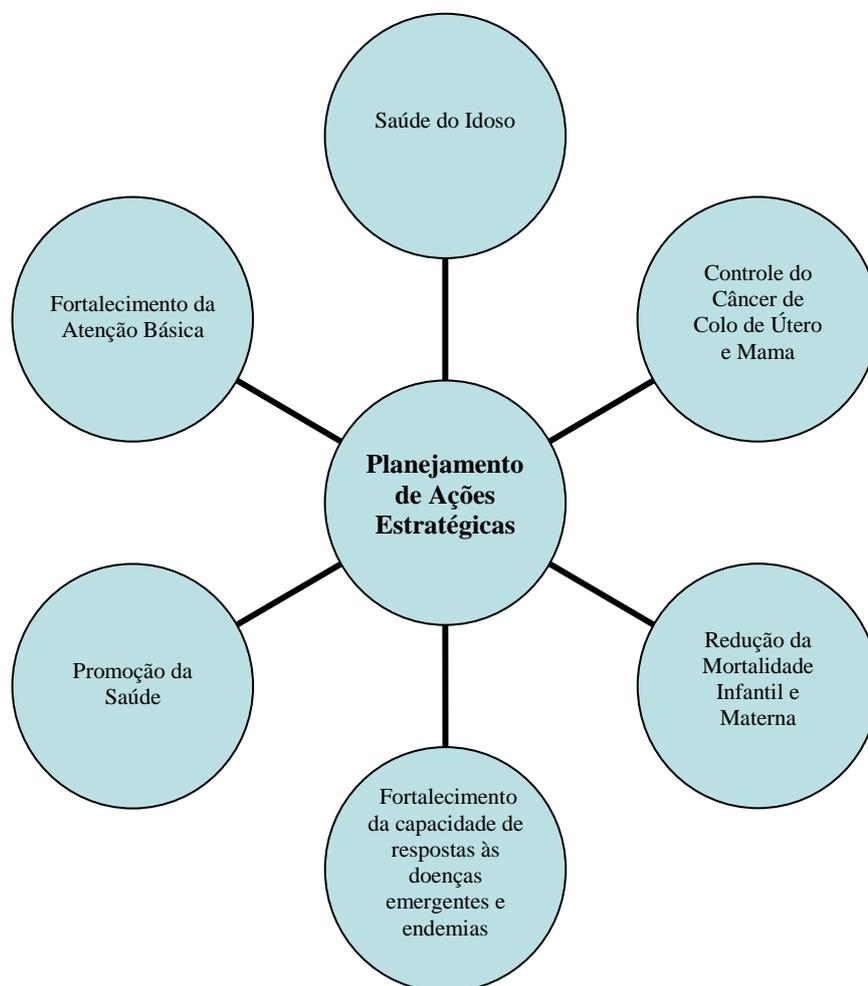
### 5.1. COLETA DE DADOS

A pesquisa foi iniciada por revisão bibliográfica onde foram utilizadas como fontes de consulta basicamente a Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, e a Portaria Nº 325/GM de 21 de fevereiro de 2008, que estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida; além de manuais, portarias e normas técnicas do Ministério da Saúde e do Estado do Rio Grande do Sul, onde consta a regulamentação do referido Pacto. Posteriormente, foi realizada coleta de dados por meio da análise das Planilhas de Ajuste de Metas do Pacto pela Vida, onde foram revisados os achados históricos das metas obtidas pelo município de São José do Norte / RS, que serviu como foco de estudo; nos últimos cinco anos, disponíveis no site da Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul; já que a construção de séries históricas de dados permite analisar, num determinado período, o comportamento dos indicadores de saúde de uma localidade.

Para melhor operacionalização, foram selecionadas para análise as seis prioridades do Pacto pela Vida: Saúde do Idoso, Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama, Redução da Mortalidade Infantil e Materna, Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, Promoção da

Saúde e Fortalecimento da Atenção Básica, constantes na Portaria N<sup>o</sup> 399/GM de 22 de fevereiro de 2006; por se entender que constituem os principais indicadores de saúde, com capacidade de refletir a realidade da situação local, a fim de serem utilizadas como ferramentas para o planejamento de ações estratégicas para a promoção da assistência, conforme demonstrado na figura 1:

**Figura 1-Fluxograma do planejamento da gestão baseada em prioridades de saúde do Pacto pela Vida.**



Fonte: Pacto pela Saúde (2006 p. 2).

## 5.2. LOCAL DE ESTUDO

O município de São José do Norte está situado ao Sul do estado do Rio Grande do Sul, a 300 km de Porto Alegre, entre a Laguna dos Patos e o Oceano Atlântico.

Com uma área territorial de 1.118 km<sup>2</sup>; tem sua economia baseada principalmente na pesca, agricultura e a produção madeireira.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município possui uma população com 25.503 habitantes. Destes, o equivalente a 72,68% residem na área urbana e 27,32% pertencem à extensão rural do Município. Da totalidade da população, a maioria é composta por jovens de 10 a 19 anos; aproximadamente 4.318 habitantes.

O município conta com um sistema de saúde municipal composto por um hospital filantrópico e a Secretaria Municipal de Saúde; prestando assistência à comunidade local através de serviços e programas; tendo como princípios básicos o atendimento integral; com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; incluindo atividades operacionais como a mortalidade infantil e perinatal, emergências, acidentes e violências, doenças transmissíveis, crônicas degenerativas, desnutrição, e carências nutricionais, mortalidade materna, saúde da criança, do adolescente, do idoso e do trabalhador; saúde mental, alcoolismo e drogas. De acordo com as normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Constituição Federativa do Brasil.

Atualmente, conta com uma Rede Básica de Saúde bem distribuída, com 01 Posto de Saúde Central, 04 Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) urbanos; e ainda 01 Unidade de Saúde Estratégia Saúde da Família na zona rural; cobrindo ao total 52,43% da população do município.

## 6. ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E PROPOSTAS DE PROMOÇÃO DOS INDICADORES

*A “análise” é um processo de descrição dos dados coletados e a “interpretação” é um processo de reflexão sobre o que foi descrito, à luz de conhecimentos mais amplos, que extrapolam os dados da pesquisa ou comparam esses dados com outras pesquisas semelhantes. (MARSIGLIA p. 12)*

Após a coleta de dados, foi realizada a análise dos mesmos por meio da definição das categorias de maior relevância; a posterior codificação das informações e por fim a tabulação e distribuição dos achados em gráficos a fim de verificar as relações que apresentam entre si, e a apresentação dos dados sob a forma de frequências absolutas (N°), relativas (%) e acumuladas; já que para Marconi e Lakatos (*apud* MARSIGLIA, 1988, p. 13), “Os gráficos apresentam os resultados de uma pesquisa de maneira que facilite a visão do conjunto de uma vez só”. Sendo escolhidos para explicitação da amostragem gráficos lineares, nos quais apresentam os dados através de linhas retas ou curvas, demonstrando a tendência de variação das informações colhidas e do problema de pesquisa.

Posteriormente a análise dos dados obtidos, foi realizada interpretação destes e a seguir, a avaliação da situação condicional do município no cumprimento das metas pactuadas; com o propósito de utilizá-las como ferramenta no planejamento de novas ações, projetos de promoção da assistência e elaboração do Plano Municipal de Saúde 2013-2014.

### 6.1. PRIORIDADE I: ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

#### 6.1.1. Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por Fratura de Fêmur

*O envelhecimento representa a passagem do tempo, não a patologia, sendo um processo natural e fisiológico. No idoso, as alterações como osteoporose, acuidade visual diminuída, fraqueza muscular, diminuição de equilíbrio, doenças neurológicas, cardiovasculares e deformidades osteomioarticulares são fatores que contribuem para a*

*alta incidência de fratura do terço proximal de fêmur.* (MUNIZ et al, 2007, p. 1).

**Objetivo:**

- a) Identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de fratura de fêmur;
- b) Promover a formação e educação permanente de profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

**Meta:** Reduzir em 2% ao ano a taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura do fêmur.

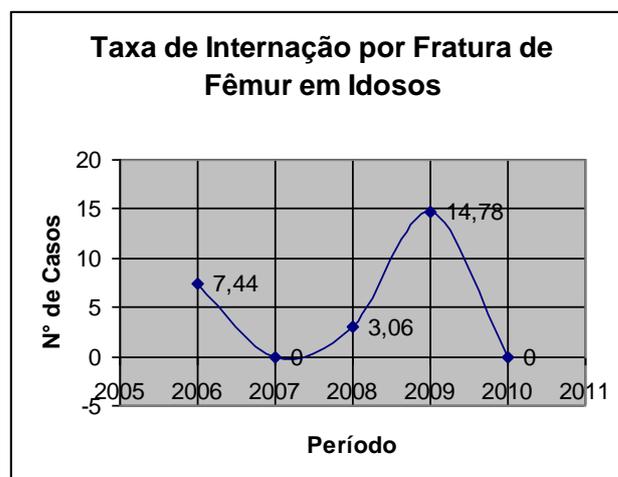
**Cálculo:** N° de internações hospitalares por fratura de fêmur pagas pelo Sistema Único de Saúde em pessoas com 60 anos ou mais /total da população alvo X 10.000.

**Tabela 1 – Metas 2010 para o indicador Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura do fêmur**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	<19,76	Meta Município	< 5,00
Atingido RS	18,3	Atingido Município	0,00

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 1 – Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura do fêmur**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

### **Análise dos dados obtidos pelo município:**

Os dados demográficos do último Censo do IBGE (2010) apontam para o crescimento da população idosa no país e também no município. Conseqüentemente, há necessidade de investimento em políticas públicas voltadas para população da terceira idade, incluindo ações de planejamento intersetorial de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos que mais frequentemente acometem aos idosos. Para isso, o município deve planejar o espaço urbano e meio ambiente, além de promover atividades de lazer e esportivas voltadas para esta nova realidade, cuja tendência não só em São José do Norte, mas no estado do RS e em todo o país, é contar com populações idosas cada vez mais numerosas.

*Cabe, portanto, à gestão municipal da saúde desenvolver ações que objetivem a construção de uma atenção integral à saúde dos idosos em seu território. É fundamental organizar as equipes de Saúde da Família e Atenção Básica, incluindo a população idosa em suas ações (por exemplo: atividades de grupo, promoção da saúde, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, sexualidade, DST/AIDS). Seus profissionais devem estar sensibilizados e capacitados a identificar e atender às necessidades de saúde dessa população. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).*

A interpretação do gráfico demonstra que o município depois de promover projetos de saúde voltados para a terceira idade, como a implantação de uma clínica municipal de fisioterapia, que presta assistência de reabilitação física e respiratória através de atendimento exclusivo do SUS; a implantação e distribuição da Caderneta do Idoso, importante instrumento do processo de educação em saúde; a reativação do Conselho do Idoso; além de ações de práticas de atividades físicas orientadas realizadas pelas ESFs nos bairros e também no Projeto Verão Legal; conseguiu atingir em 2010, o indicador zero, ou seja: não houve nenhum caso de internação hospitalar de pessoa idosa por fratura de fêmur no período. Superando a meta do município e também a do estado.

### **Propostas de ações estratégicas para promoção das metas:**

a) Intensificação de ações de capacitação de profissionais da Atenção Básica, principalmente Agentes Comunitários de Saúde para orientação quanto à prevenção de quedas e orientações básicas ao familiar cuidador em relação ao deslocamento do paciente com dificuldade física; ou acamado;

b) Elaboração de uma Cartilha de Orientações quanto aos cuidados com o paciente idoso, a ser distribuída aos familiares e cuidadores, pois através da compreensão da equipe de saúde e principalmente da família acerca das condutas preventivas, pode ser possível a elaboração de um projeto educativo qualificando a família como unidade de cuidado e promovendo a interação enfermagem – paciente – família, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e assim diminuindo o número de intervenções hospitalares que por vezes torna-se mais desgastante ao idoso do que a própria enfermidade;

c) Capacitar as ESFs quanto à implementação da Política Nacional de Saúde do Idoso;

d) Criar e implantar o Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso, priorizando o atendimento integral;

e) Sensibilizar os profissionais para distribuição e uso da Caderneta de Saúde do Idoso;

f) Capacitar as equipes para utilização de instrumentos de avaliação do risco funcional dos idosos.

## **6.2. PRIORIDADE II: CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

*A importância epidemiológica do Câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população.*

*Os elevados índices de incidência e mortalidade por Câncer do Colo do Útero e da Mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é*

*de fundamental importância a elaboração e implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher que garantam ações relacionadas ao controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do país. Considerando a alta incidência e mortalidades relacionadas a essas doenças é responsabilidade dos/as gestores/as e dos/as profissionais de saúde a realização de ações que visem o controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 9).*

### **6.2.1. Razão entre exames Citopatológicos do Colo do Útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo**

#### **Objetivo:**

- a) Ampliar oferta do exame preventivo do Câncer do Colo do Útero;
- b) Tratar/seguir as lesões precursoras do Câncer do Colo do Útero no nível ambulatorial;
- c) Diminuir o número de amostras insatisfatórias do exame citopatológico.

#### **Metas:**

- a) Ampliar oferta do exame preventivo do Câncer do Colo do Útero gradativamente de forma que a cobertura do exame preventivo alcance a 80% da população-alvo;
- b) Tratar 100% dos casos positivos de lesões de alto grau.

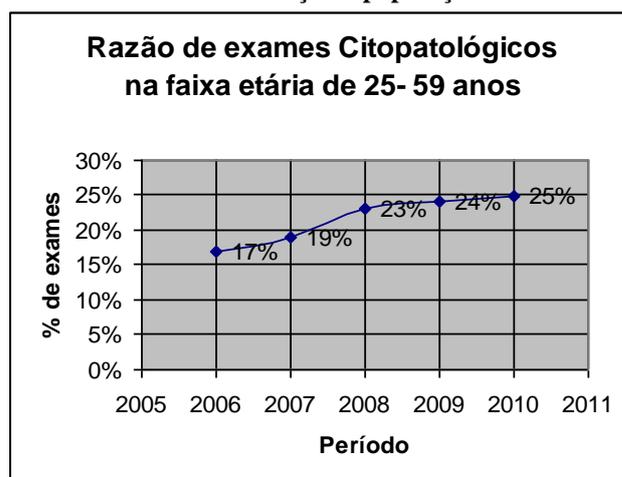
**Cálculo:** Número exames citopatológicos cérvico vaginais, em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos / População alvo x 100.

**Tabela 2 - Metas 2010 para o indicador Razão de exames Citopatológicos de Colo Uterino na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	20%	Meta Município	25%
Atingido RS	16%	Atingido Município	25%

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 2 - Razão de exames Citopatológicos de Colo Uterino na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

### 6.2.2. Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do Câncer de Colo do Útero (lesões de alto grau - NIC II e NIC III)

*A efetividade da detecção precoce associado ao tratamento em seus estádios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 58).*

**Objetivo:** Tratar/ seguir as lesões precursoras do Câncer do Colo do Útero.

**Meta:** Atingir o percentual de 100% de tratamento informado em mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do Colo do Útero.

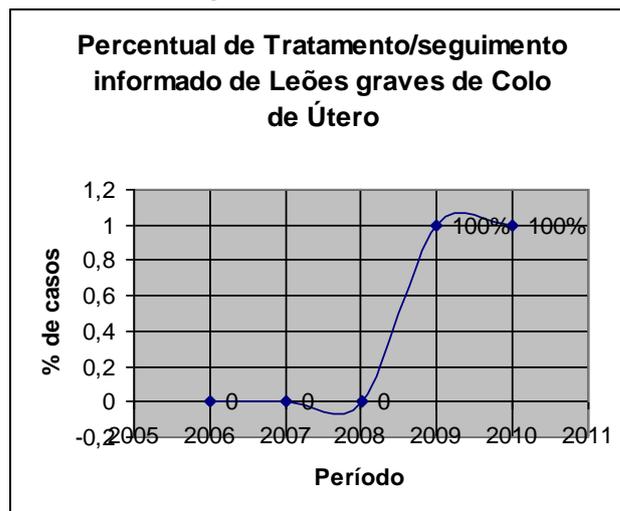
**Cálculo:**  $N^{\circ}$  de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau com seguimento informado /  $N^{\circ}$  de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau X 100.

**Tabela 3 - Metas 2010 para o indicador Percentual de tratamento/seguinto informado de diagnóstico de lesões graves de Colo do Útero**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	70%	Meta Município	100%
Atingido RS	10,5%	Atingido Município	100%

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 3 - Percentual de tratamento/seguinto informado de diagnóstico de lesões graves de Colo do Útero**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

### **Análise dos dados obtidos pelo município:**

A análise dos indicadores da prioridade “Controle do Câncer de Colo de Útero”, evidencia a evolução favorável das metas obtidas nos últimos anos, já que os dois indicadores obtiveram resultados satisfatórios.

O indicador que apresenta a porcentagem de exames Citopatológicos de Colo de Útero na faixa etária de 25 a 59 anos indica que ao longo dos últimos cinco anos, a porcentagem tem evoluído progressivamente até a obtenção da meta de realização de 25% dos exames. No entanto, algumas considerações precisam ser avaliadas pelo município, pois segundo o Ministério da Saúde:

*O indicador não retrata a real cobertura da população alvo do rastreamento do Câncer do Colo do Útero, pois avalia a oferta de exame citopatológico com base no número de exames e não de mulheres examinadas, pois o dado não está disponível ainda no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) pela ausência de um identificador único (possibilidade futura com a implantação do cartão SUS).*

*Como um indicador “proxy” de cobertura, alguns cuidados devem ser observados na análise, pois uma razão elevada de exames citopatológicos na população alvo não significa necessariamente boa cobertura, mas a capacidade da rede de ofertar o exame. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 11).*

Ou seja: o índice satisfatório não explicita necessariamente se a meta atingiu a porcentagem de realização do exame em 25% das mulheres de 25 a 59 anos residentes no município, apenas demonstra a oferta de exames disponibilizados; desconsiderando a possibilidade de realização do exame mais de uma vez em uma mesma paciente ao longo do período de um ano, procedimento de rotina em pacientes em condição de tratamento.

Já no indicador que apresenta o percentual de informação do acompanhamento do tratamento das lesões de alto grau, pactuado a partir de 2009, verifica-se a obtenção da meta de acompanhamento de 100% das pacientes com diagnóstico no período, superando o indicador do estado, de 10,5%.

### **Propostas de ações estratégicas para promoção das metas:**

Para tanto, apesar das metas aparentemente satisfatórias, fruto dos projetos do Programa Saúde da Mulher, já implantados no município, e das ações promovidas por estes, como campanhas anuais de orientação e coleta de amostras de Citopatológico Uterino, capacitações para os profissionais de saúde coletores, realização de palestras de orientação para as pacientes nas ESFs, além da produção e distribuição de material educativo ilustrado, como banners, folderes e cartilhas; ainda são necessárias medidas de maior controle a fim de promover a obtenção de metas que apresentem resultados realmente concretos, que evidenciem a porcentagem real de pacientes sensibilizadas e

ofertadas pelo exame. Problema este que pode ser resolvido através da informatização do sistema de controle da realização do exame Citopatológico, onde o sistema se encarrega de identificar as pacientes com mais de um exame no mesmo período, calculando automaticamente a porcentagem de mulheres examinadas. Além de proporcionar um maior controle de pacientes portadoras de lesões de alto grau, e daquelas consideradas “de risco”, por já terem apresentado lesões em outros períodos.

Além disso, segundo o Ministério da Saúde, o município precisa considerar:

*A periodicidade de realização do exame: se houver um padrão de repetição de exames inferior à diretriz recomendada pode significar que parte da população alvo não esteja tendo acesso ao exame de Papanicolaou e que outra parte está repetindo exames desnecessariamente.*

*A cobertura da saúde suplementar em localidades que apresentam uma cobertura alta de planos privados de saúde, a razão poderá apresentar resultados mais baixos em relação às localidades com maior utilização da rede SUS, uma vez que o cálculo deste indicador considera a população feminina total. Este aspecto deve ser considerado na pactuação, de modo que o valor pactuado represente mais adequadamente a necessidade de oferta do exame numa dada realidade local.*

*No Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce/rastreamento do Câncer do Colo do Útero é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cervico-vaginal e microflora, conhecido popularmente como exame preventivo do colo do útero, ou exame de Papanicolaou.*

*É importante que as equipes municipais e estaduais acompanhem regularmente as mulheres de sua área de abrangência, que apresentam exames alterados, em especial àquelas com diagnóstico de lesão de alto grau do tipo Neoplasia Intra Epitelial (NIC II e NIC III), pois se tratadas adequada e oportunamente não evoluem para o câncer invasivo, contribuindo para a diminuição da incidência do Câncer do Colo do Útero. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 11).*

## **Prioridade II: Controle do Câncer de Mama**

*O Câncer de Mama é o mais incidente na população feminina mundial e brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. Políticas públicas nessa área vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde meados dos anos 80 e foram impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1998. O controle do Câncer de Mama foi*

*afirmado como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica em 2005, e no Pacto pela Saúde, em 2006. (INCA, 2012)*

### 6.2.3. Razão entre Mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população alvo

**Objetivo:** Aumentar a oferta de mamografia visando ampliar a cobertura e consequentemente o nível de prevenção.

**Meta:** Aumento gradativo da razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos em 20% / ano visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo.

**Cálculo:** N° de mamografias realizadas na população alvo / População alvo.

**Tabela 4 – Metas 2010 para o indicador Razão entre Mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária**

META 2010			
Meta RS	13%	Meta Município	10%
Atingido RS	14%	Atingido Município	4%

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 4 - Razão entre Mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

OBS: Dados disponíveis a partir de 2008

### **Análise dos dados obtidos pelo município:**

A análise do indicador pactuado pelo município a partir de 2008 evidencia um baixo índice atingido nos últimos anos; provocado pela dificuldade de encaminhamento das pacientes para os serviços de referência; já que o município não possui mamógrafo. Problema este já de conhecimento da gestão, que vem tentando solucioná-lo através de tentativas de contratualização com municípios da região, e até na compra de serviços privados.

### **Propostas de ações estratégicas para promoção das metas:**

- a) Realizar capacitação dos profissionais que atuam na realização dos exames preventivos de Câncer (CA) de Mama e do Colo do Útero;
- b) Elaboração de material educativo sobre os exames clínicos e do auto exame de mamas, a ser distribuído pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs);
- c) Fortalecer o fluxo de referencia e contra referencia entre os serviços, tanto para realização de mamografia, como nos casos de achado patológico;
- d) Realização de campanhas semestrais de sensibilização, prevenção e realização de exames preventivos em todas as ESFs.

### **6.3. PRIORIDADE III: REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL**

No estado do Rio Grande do Sul, o Coeficiente de Mortalidade Infantil, vem apresentando declínio nos últimos cinco anos; refletindo as ações desenvolvidas pelo governo do estado, que priorizou a redução da mortalidade através de programas de saúde.

Considerando que os Coeficientes de Mortalidade Materna e Coeficiente de Mortalidade Infantil são importantes indicadores das condições de vida da população e da qualidade da atenção prestada à saúde das mulheres e das crianças menores de um ano, e que estes podem ser reduzidos, a partir de adequadas ações de vigilância e atenção à saúde; já que o índice de mortalidade infantil tem a capacidade de medir a eficiência com que a gestão

pública gerencia seus recursos no sentido de oferecer saúde e bem estar à população.

*A redução da Mortalidade Infantil é meta prioritária do Governo do Estado do Rio Grande do Sul e da Secretaria Estadual da Saúde. Já que o ritmo de queda da mortalidade infantil no Estado, retomado a partir de 2005, ainda não é compatível para atingir a meta proposta de reduzi-lo para menos de 10 óbitos por 1.000 nascidos vivos. (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO, 2009).*

### 6.3.1. Taxa de Mortalidade Infantil

**Objetivo:** Redução da Mortalidade Infantil (0 a 1 ano de idade)

**Meta:** Redução da Mortalidade Infantil em 2,4% / ano.

**Cálculo:** Nº de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos na população residente.

\* Para municípios com menos de 80.000 habitantes, utiliza-se o número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de um ano de idade.

**Gráfico 5 – Número de Óbitos Infantis no período**



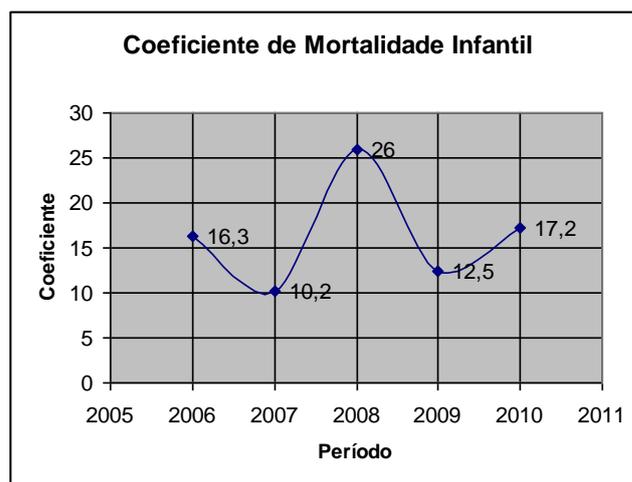
Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

Tabela 5 – Metas 2010 para o indicador Coeficiente de Mortalidade Infantil

META 2010			
Meta RS	<12,6	Meta Município	<14,7
Atingido RS	11,2	Atingido Município	17,2

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

Gráfico 6 – Coeficiente de Mortalidade Infantil



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

### 6.3.2. Coeficiente de Mortalidade Neonatal

*Os óbitos no período neonatal têm diminuído de forma mais lenta indicando serem óbitos com possibilidade de redução por sua estreita relação com a dificuldade de acesso e utilização de serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, sendo a mortalidade mais elevada nos grupos sociais de baixa renda. As intervenções públicas para aprimorar e melhorar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, tem sido consideradas intervenções complexas e custosas, o que vem contribuindo para a demora e dificuldade que os municípios e serviços de saúde têm encontrado em diminuir as taxas de mortalidade no período neonatal. (MATHIAS; ASSUNÇÃO; SILVA, 2008, p. 3).*

**Objetivo:** Redução da Mortalidade Neonatal (0 até os 28 dias de vida).

**Meta:** Redução da Mortalidade Neonatal em 3%/ ano.

**Cálculo:** N° de óbitos de menores de 28 dias por mil nascidos vivos na população residente.

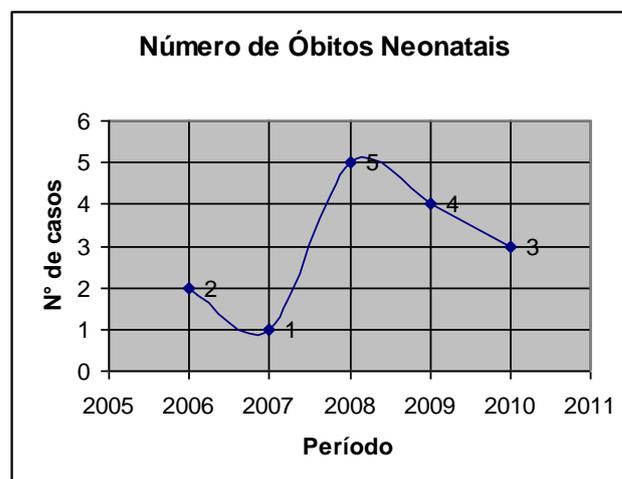
\* Para municípios com menos de 80.000 habitantes, utiliza-se o número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de 28 dias de idade.

**Tabela 6 – Metas 2010 para o indicador Coeficiente da Mortalidade Neonatal**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	< 8,2	Meta Município	< 11,0
Atingido RS	7,4	Atingido Município	10,3

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 7 – Número de Óbitos Neonatais no período**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 8 – Coeficiente de Mortalidade Neonatal**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

### 6.3.3. Coeficiente de Mortalidade Pós Neonatal

**Objetivo:** Redução da Mortalidade Pós Neonatal (28 a 364 dias de vida)

**Meta:** Redução da Mortalidade Pós Neonatal em 3% / ano.

**Cálculo:** Nº de óbitos de entre os 28 a 364 dias de vida por mil nascidos vivos na população residente.

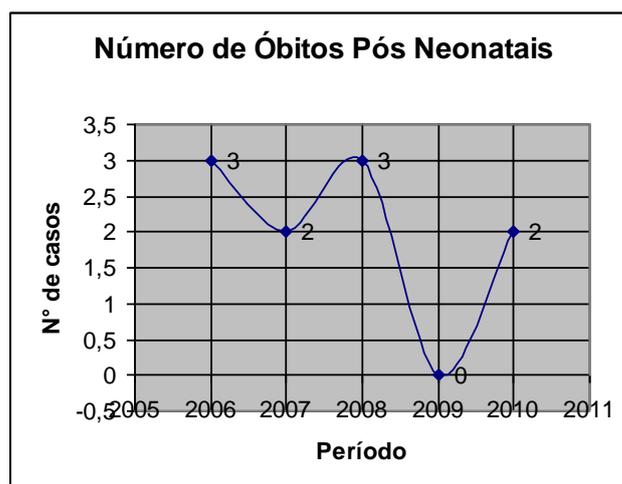
\* Para municípios com menos de 80.000 habitantes, utiliza-se o número absoluto de óbitos de crianças residentes entre 28 a 364 dias de idade.

**Tabela 7 – Metas 2010 para o indicador Coeficiente de Mortalidade Pós Neonatal**

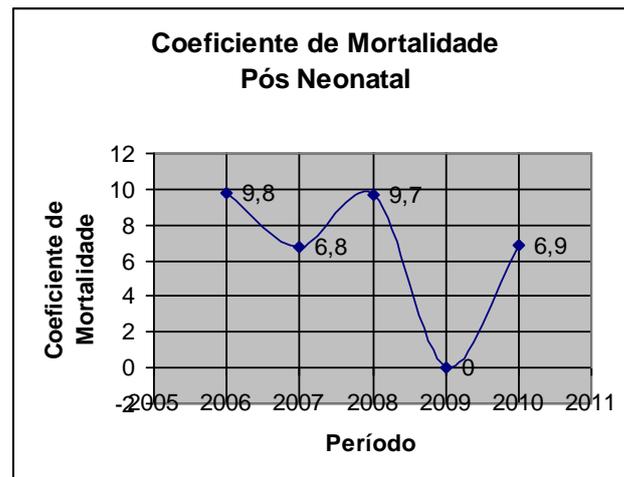
META 2010			
Meta RS	< 3,8	Meta Município	< 3,6
Atingido RS	3,7	Atingido Município	6,9

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 9 – Número de Óbitos Pós Neonatais**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 10 – Coeficiente de Mortalidade Pós Neonatal**

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

#### **Análise dos dados obtidos pelo município:**

A análise dos indicadores da prioridade “Redução da Mortalidade Infantil”, evidenciam resultados satisfatórios, principalmente a partir do ano de 2008, período em que o município apresentou uma taxa de mortalidade infantil total de 26%, muito acima das médias do estado e do país. A partir da investigação dos óbitos, obteve-se o diagnóstico de que a maioria resultava-se de negligência ou falta de preparo/orientação do cuidador. Desde então, foi elaborado um projeto intitulado “Nascer e Viver”:

O Projeto Nascer e Viver foi implantado no Município em maio de 2008; tendo em vista índices alarmantes de óbitos infantis ocorridos no município no primeiro trimestre do ano de 2008, objetivando principalmente a redução da mortalidade infantil e neonatal; e promoção da qualidade de vida e desenvolvimento de crianças de zero a um ano de idade no município de São José do Norte. Baseado no investimento na reestruturação da assistência à gestante e ao Recém Nascido (RN), com a articulação dos serviços de Atenção Básica; e a necessidade de monitoramento dos RNs, identificando precocemente os fatores de risco desde o nascimento e o risco evolutivo com medidas de intervenção; tendo como ações prioritárias:

a) Cadastramento no Programa de todas as crianças nascidas no município no primeiro dia de vida; através da Declaração de Nascido Vivo (DN);

b) Identificação de fatores de risco à criança, à mãe ou à família, através da DN e visita domiciliar realizada por Técnico de Enfermagem treinado para este fim; na primeira semana de vida;

c) Processo de educação em saúde para a família durante a visita domiciliar. Orientações gerais: aleitamento materno, vacinas, avaliação de incisão cirúrgica, puerpério, puericultura, Teste do Pezinho, primeiros cuidados com o RN (curativo do coto / banho céfalo – caudal / risco de aspiração do leite / prevenção da Morte Súbita Infantil, etc.);

d) Avaliação e acompanhamento psicológico para famílias em situações de risco e mães com Depressão Pós Parto;

e) Acompanhamento e suporte nutricional para crianças de baixo peso;

f) Avaliação mensal nas UBSs, para crianças normais e avaliação mensal + visita domiciliar do Técnico de Enfermagem 1 X ao mês até 01 ano de vida para crianças classificadas como de risco.

Posteriormente à implantação, o número de óbitos infantis no município diminuiu consideráveis 83% em apenas seis meses de implantação, no primeiro semestre de 2009, em relação ao mesmo período de 2008.

A partir de então, o número de óbitos tem-se mantido estável nos últimos anos, dentro da meta proposta pela Secretaria Estadual da Saúde.

No entanto, ao ser considerada a Taxa de Mortalidade Infantil, e não o número absoluto de óbitos, de acordo com o Gráfico 6 – Coeficiente de Mortalidade Infantil: é verificada a taxa apresentada de 17,2%, acima da média de 11,2% do estado, no período. Desse modo, apesar do número de óbitos permanecer estável no mesmo intervalo temporal, a Taxa de Mortalidade Infantil teve um acréscimo, eis que esta é calculada através do número de nascidos vivos no lapso temporal a ser analisado (de mães residentes no município), porém, percebe-se, que a taxa de natalidade correspondente teve um decréscimo, fato que manteve o Coeficiente de Mortalidade acima da média.

**Propostas de ações estratégicas para promoção das metas:**

Para manutenção e promoção das metas, torna-se prioritário o investimento na reestruturação da assistência à gestante e ao RN, principalmente de mães adolescentes, já que se configura como gravidez de risco; através da articulação dos serviços de Atenção Básica; e a continuidade de projetos de educação em saúde voltados para as gestantes e puérperas. Além disso, torna-se necessário o desenvolvimento de ações estratégicas como:

- a) Monitoramento de 100% das crianças de zero a um ano de idade com risco de adoecer / morrer;
- b) Acompanhamento especial para a gestante com risco gestacional, com encaminhamento para o Pré Natal em Centro de Referência;
- c) Qualificação da atenção Pré Natal, com cursos de atualização da assistência para os profissionais Pré Natalistas, a fim de promover uma assistência Pré Natal de qualidade, com a captação precoce de 100% das gestantes (com menos de 120 dias de gestação), cadastramento no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), e a realização de busca ativa de gestantes faltosas;
- d) Implantação e reorganização das referências para assistência à gestante de alto risco;
- e) Acompanhamento do prematuro egresso de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal;
- f) Realizar as ações preconizadas no Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN), de acordo com a Portaria GM N° 569 de 01/06/2000;
- g) Registrar, nos relatórios do SISPRENATAL, as ações realizadas;
- h) Qualificar o Pré Natal, tendo em vista a diminuição da prematuridade (nascimentos com menos de 37 semanas) e do muito baixo peso ao nascer (nascimentos com peso inferior a 1.500g);
- i) Aumento da oferta de exames laboratoriais para o período gestacional;
- j) Garantia de realização da primeira consulta e/ ou visita domiciliar até o 7º dia de vida a no mínimo 80% dos RNs residentes no município;

- k) Implementar a Política de Incentivo ao Aleitamento Materno em todas as ESFs do município;
- l) Realizar 100% de visitas domiciliares pós alta hospitalar em crianças de zero a 1 ano de vida;
- m) Promover capacitação aos profissionais das ESFs, quanto à consulta de Puericultura e avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança;
- n) Criação e revisão periódica de protocolo de atendimento do Pré Natal e Puericultura;
- o) Articular ações de prevenção e controle de doenças e agravos na infância nas escolas e na creche municipal, com a colaboração da Secretaria Municipal de Educação e Cultura;
- p) Aquisição de equipamentos para realização adequada de Puericultura nas ESFs;
- q) Garantia de acesso à Puericultura em 100% dos RNs residentes no município;
- r) Elevar a proporção de gestantes cadastradas com mais de 7 consultas de Pré Natal.

### PRIORIDADE III: REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

*Morte materna, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a “Morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.* (VENTURA, 2009, p. 124).

*A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 5).

### 6.3.4. Proporção de óbitos de mulheres em Idade fértil investigados

**Objetivo:** Redução da Mortalidade Materna

**Meta:** Investigação de no mínimo 50% dos óbitos de mulheres em idade fértil e maternos.

**Cálculo:** N° de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e óbitos maternos fora da faixa etária notificados no módulo de investigação de óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) / total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e óbitos maternos fora da faixa etária residente X 100.

**Tabela 8 – Metas 2010 para o indicador Proporção de Óbitos de Mulher em Idade Fértil Investigados**

META 2010			
Meta RS	90%	Meta Município	100%
Atingido RS	78,7%	Atingido Município	100%

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 11 – Proporção de Óbitos de mulher em idade fértil investigados**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

### **Análise dos dados obtidos pelo município:**

A análise do indicador permite identificar a obtenção da meta dos 100% dos óbitos de mulher em idade fértil investigados pelo município, superando a média do estado de 78,5%. Fato obtido através da reestruturação do Programa Municipal da Saúde da Mulher, que desde 2008, vem articulando ações de promoção à saúde feminina e tem como uma de suas atribuições à realização das investigações de óbito de todas as mulheres em idade fértil residentes no município, para posterior notificação no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); sistema informatizado do Ministério da Saúde, que desde 2009 tem contribuído para o processo de investigação dos óbitos, facilitando a análise dos mesmos e tornando o processo mais dinâmico e transparente.

*De acordo com a Portaria Nº 1119 de 05 de junho de 2008, óbitos maternos e de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória. Cabe a cada administração municipal detectar em seu território casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar após investigação a possibilidade de óbito materno. Estes devem ser notificados ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Além disso, levantar fatores determinantes e propor a adoção de medidas de prevenção de agravos semelhantes. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 24).*

### **Propostas de ações estratégicas para promoção das metas:**

Apesar de a meta ter apresentado resultados satisfatórios nos dois últimos anos, o município através da Secretaria Municipal da Saúde precisa realizar ações de promoção no processo de investigação dos óbitos, já que ainda há fatores que dificultam o processo de trabalho, como a demora na implantação do Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil, em tramitação na Secretaria de Administração Municipal. Já que atualmente todo o processo é realizado por somente um profissional que fica responsável pela captação de prontuários, entrevistas de profissionais e familiares, digitação no Sistema SIM e ainda pela análise crítica do óbito como forma de prevenção de agravos futuros pela mesma causa.

*Os Comitês de Investigação do Óbito Infantil e Materno são organismos interinstitucionais de caráter eminentemente educativo, congregando instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos maternos e infantis. Constituem-se como importante instrumento de avaliação da assistência de saúde para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e a redução da mortalidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.12).*

### 6.3.5. Incidência de Sífilis congênita

A Sífilis Congênita é transmitida através da gestante infectada não tratada ou com tratamento ineficaz para o conceito, por meio da via transplacentária e disseminação do *Treponema pallidum*; sendo a causa de aborto espontâneo ou natimorto em aproximadamente 40% dos conceitos de mães sem tratamento.

Segundo o Ministério da Saúde (2006, p.5), “A transmissão vertical da Sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico puerperal, a Sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão”.

**Objetivo:** Redução da Mortalidade Infantil e Materna

**Meta:** Redução gradativa em 15%/ano do número de casos de sífilis congênita

**Cálculo:** Número absoluto de casos de Sífilis congênita em residentes de determinado local; diagnosticados no período.

**Tabela 9 – Metas 2010 para o indicador Incidência de Sífilis Congênita**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	< 285	Meta Município	00
Atingido RS	157	Atingido Município	01

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 12 – Incidência de Sífilis Congênita**

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

#### **Análise dos dados obtidos pelo município:**

A análise do indicador evidencia que apesar das iniciativas de promoção da assistência do Pré Natal, na rede municipal, nos dois últimos anos houve registro de um caso /ano de Sífilis Congênita. O que transparece que a assistência pré natalista precisa ser ampliada, principalmente em relação à oferta de exames laboratoriais no primeiro e terceiro semestre da gestação e o acompanhamento mais efetivo das gestações de alto risco.

#### **Propostas de ações estratégicas para promoção das metas:**

- a) Garantia de encaminhamento pelo Sistema de Referência para gestações de alto risco;
- b) Captação precoce de gestantes;
- c) Qualificação do Pré Natal na Rede Básica;
- d) Ampliação da oferta de exames laboratoriais no primeiro e no terceiro trimestre;
- e) Seguimento e acompanhamento mais efetivo das gestantes com risco gestacional;

f) Encaminhamento para acompanhamento e realização do parto em Centros de Referência.

g) Garantia de consulta de puerpério até o 30º dia após o parto para 100% das gestantes residentes no município;

f) Manter atualizado o Sistema SISPRENATAL, com o registro de todo o acompanhamento Pré Natal;

g) Realizar periodicamente revisão do protocolo de atendimento de Pré Natal e Puerpério, com a capacitação dos profissionais;

h) Qualificar o atendimento para gestante adolescente na ESF;

i) Divulgar a importância da vacinação contra o Tétano durante a gestação;

j) Capacitação da rede para detecção precoce e notificação dos casos de Sífilis e HIV na gestante;

k) Busca ativa de gestantes com resistência à realização do tratamento e/ou abandono do Pré Natal.

#### 6.4. PRIORIDADE IV: FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS

##### 6.4.1. Taxa de letalidade por formas graves de Dengue

*A dispersão do Aedes aegypti e a situação da Dengue no país permitem concluir que será necessário um grande esforço, intersetorial, interinstitucional, aliado ao comprometimento maciço da população, para evitar a reintrodução da doença no Estado, através de rigoroso controle do vetor. (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO, 2008).*

**Objetivo:** Reduzir a letalidade dos casos graves de Dengue.

**Meta:** Manutenção da taxa de letalidade das formas graves da dengue em  $\leq 2$  %.

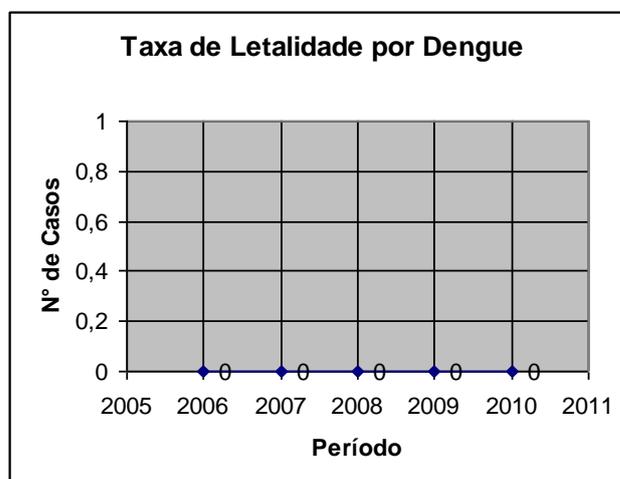
**Cálculo:** N° de óbitos confirmados por Dengue / N° de casos confirmados de Dengue X 100.

**Tabela 10 – Metas 2010 para o indicador Taxa de letalidade por formas graves de Dengue**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	< 1,90	Meta Município	0,00
Atingido RS	00	Atingido Município	0,00

Fonte: Ministério da Saúde / DATASUS

**Gráfico 13 – Taxa de Letalidade por Dengue**



Fonte: Ministério da Saúde / DATASUS

### **Análise dos dados obtidos pelo município:**

A análise do indicador permite observar que o trabalho em conjunto da Secretaria Estadual da Saúde, através do Plano Estadual de Contingência para Dengue, juntamente com os municípios, conseguiu que o estado permanecesse sem registro de nenhum caso de mortalidade por Dengue nos últimos anos. Porém, o município tem projetos para continuidade do combate a esta e outras endemias; tendo recentemente ampliado o número de profissionais “Agentes de Combate à Dengue”; que atuam supervisionando as armadilhas em busca do vetor da doença.

#### 6.4.2. Proporção de cura de casos novos de Hanseníase

*O controle da Hanseníase é baseado no diagnóstico precoce de casos, seu tratamento e cura, visando eliminar fontes de infecção e evitar sequelas. A detecção de casos novos de Hanseníase em menores de 15 anos foi adotada como principal indicador de monitoramento da endemia, com meta de redução estabelecida em 10%, até 2011 e está inserida no Programa Mais Saúde: Direitos de Todos – 2008-2011 / Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).*

*O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) estabeleceu diretrizes operacionais para a execução de diferentes ações, articuladas e integradas, que pudessem em todas as frentes de trabalho propiciar às pessoas que adoecem sejam atendidas nas suas necessidades e direitos. Sem perder de vista o desafio da horizontalização e da descentralização, organizou-se as ações do PNCH, a partir de cinco componentes/áreas: vigilância epidemiológica; gestão; atenção integral; comunicação e educação e pesquisa. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).*

**Objetivo:** Aumentar o percentual de cura por casos novos de Hanseníase a cada ano para atingir 90% de cura em 2011.

**Meta:** Cura de no mínimo 89% dos casos novos de Hanseníase.

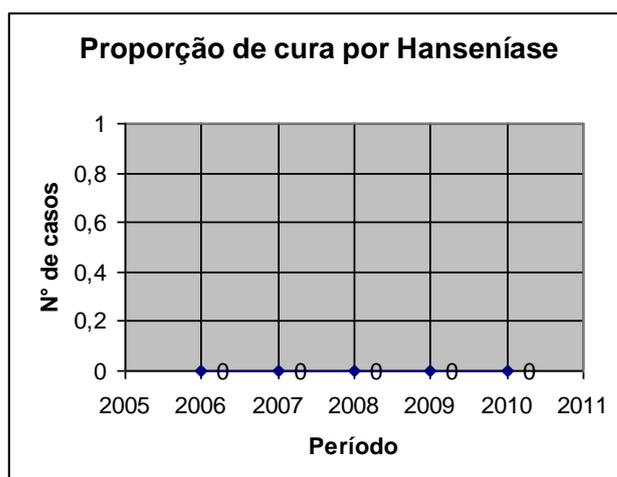
**Cálculo:** Número de casos novos de Hanseníase residentes em determinado local, curados até 31 de dezembro do ano de avaliação /Total de casos novos de Hanseníase residentes em determinado local X 100.

**Tabela 11 – Metas 2010 para o indicador Proporção de cura de novos casos de Hanseníase**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	87,0	Meta Município	0,00
Atingido RS	87,5	Atingido Município	0,00

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

Gráfico 14 – Proporção de cura de novos casos de Hanseníase



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

#### **Análise dos dados obtidos pelo município:**

A análise do indicador demonstra a ausência de registro de casos de Hanseníase na população residente nos últimos anos. No entanto, como ainda há registros de casos em outras localidades do estado, o município se mantém vigilante com a realização frequente de capacitação de profissionais da Rede Básica, para realização do diagnóstico precoce da doença.

#### **6.4.3. Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Bacilífera.**

*A atuação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose compreende estratégias inovadoras que visam ampliar e fortalecer a estratégia DOTS, com o enfoque na articulação com outros programas governamentais para ampliar o controle da Tuberculose e de outras comorbidades, como, por exemplo, a AIDS. Além disso, privilegia a descentralização das medidas de controle para a Atenção Básica, ampliando o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a Tuberculose, como as populações em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e a população indígena, além da articulação com organizações não governamentais ou da sociedade civil, para fortalecer o controle social e garantir a sustentabilidade das ações de controle. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).*

**Objetivo:** Ampliar a cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera diagnosticados a cada ano.

**Meta:** Cura de no mínimo 85% dos casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera diagnosticados no período.

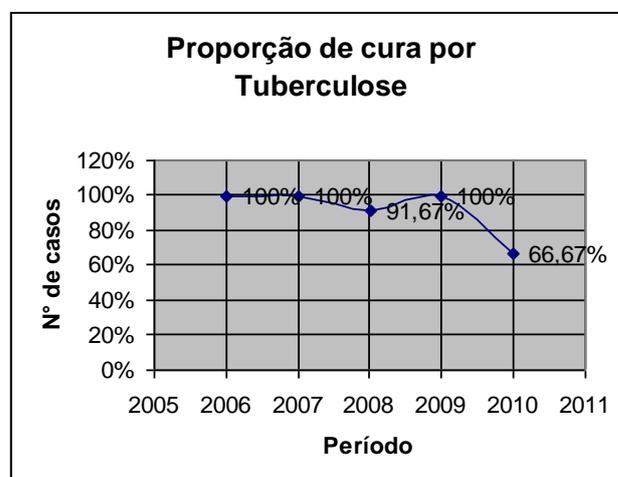
**Cálculo:** N° de casos novos (CNP+) curados de Tuberculose no período avaliado / N° de casos novos pulmonares positivos (CNP+) de Tuberculose no período avaliado X 100.

**Tabela 12 – Metas 2010 para o indicador Proporção de cura de novos casos de Tuberculose Bacilífera**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	75,00%	Meta Município	85,00%
Atingido RS	63,00%	Atingido Município	66,67%

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 15 – Proporção de cura de novos casos de Tuberculose Bacilífera**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

### **Análise dos dados obtidos pelo município:**

A análise do indicador permite verificar uma queda na proporção de cura de casos novos da doença, já que por vários anos a meta teria sido

superada em quase 100% de cura. No entanto, em 2010, a meta atingida foi de somente 66,6% de cura. Fator devido às dificuldades financeiras e falta de recursos humanos que teriam prejudicado principalmente na busca ativa de pacientes faltosos ao tratamento. Problemas que a gestão pretende solucionar com a contratação de novos profissionais para o setor de Vigilância Epidemiológica e a aquisição de veículos para uso específico do setor.

#### **6.4.4. Proporção de amostras clínicas coletadas do Vírus Influenza em relação ao preconizado**

*A Nota Técnica nº 1/2010/CGDT/DEVEP/SVS/MS de 12/03/2010 esclarece que o indicador 12: “Proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus Influenza em relação ao preconizado” é obrigatório para a União, para os estados e Distrito Federal e na esfera municipal apenas para os municípios que possuem Unidade Sentinela (US) para influenza. Este sistema está implantado em todos os 26 estados e no Distrito Federal, sendo que as US estão localizadas em sua maioria nas capitais, podendo ser encontradas também em municípios de fronteiras e em alguns municípios do interior. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 46).*

**Tabela 13 – Metas 2010 para o indicador Proporção de amostras clínicas para diagnóstico do vírus Influenza em relação ao preconizado**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	80,00	Meta Município	NSA
Atingido RS	49,2	Atingido Município	NSA

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

#### **6.4.5. Proporção de casos de Hepatites B e C confirmados por sorologia**

*O Programa Estadual para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais do Rio Grande do Sul - PEHV/RS tem sob sua coordenação ações relativas à prevenção, vigilância em saúde, assistência (apoio diagnóstico e tratamento) e dentro dessa perspectiva estabeleceu os seguintes objetivos: ampliar a detecção das Hepatites virais, aumentar a notificação e investigação dos casos, qualificar o atendimento e tratamento aos portadores de Hepatites virais e*

*reduzir a taxa de mortalidade das Hepatites B e C crônica. (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO, 2010).*

**Objetivo:** Fortalecer a Vigilância Epidemiológica das Hepatites virais para ampliar a detecção de casos de Hepatite B e a qualidade do encerramento dos casos por meio dos exames sorológicos específicos (critério laboratorial).

**Meta:** Confirmação por sorologia de no mínimo 93% dos casos de Hepatite B (2011).

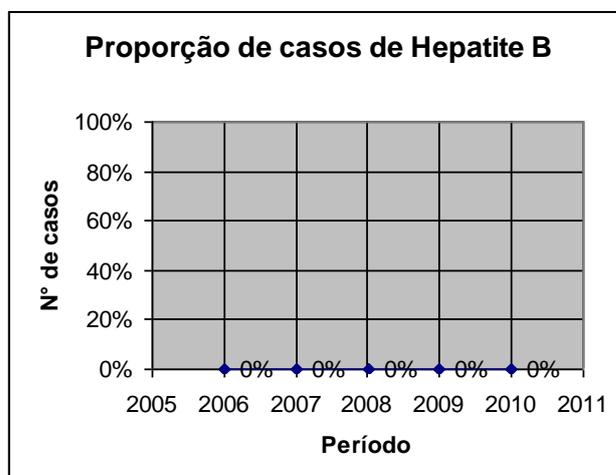
**Cálculo:** N° de casos confirmados de Hepatite B (Casos com HBsAg reagente somados aos casos que sejam HBsAg não reagente/inconclusivo, mas com anti-HBc IgM reagente) / N° de casos de Hepatite B com classificação final "confirmação laboratorial" em determinado período de notificação e determinado local de residência X 100.

**Tabela 14 – Metas 2010 para o indicador Proporção de casos de Hepatite B confirmados por sorologia**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	90,0	Meta Município	90,0
Atingido RS	87,7	Atingido Município	00

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 16 – Proporção de casos de Hepatite B confirmados por sorologia**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

### **Análise dos dados obtidos pelo município:**

A análise do indicador permite verificar que não foram notificados casos de Hepatite B em residentes no local de estudo no período de 2010 (quando passou a ser pactuada pelo município). No entanto, a gestão tem intensificado o trabalho de prevenção destes e outros agravos por meio da contratualização recente de um novo serviço de análise laboratorial, a fim de proporcionar mais agilidade e qualidade dos exames laboratoriais realizados no município.

#### **6.4.6. Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade**

*A taxa de transmissão vertical do HIV, que representa a porcentagem de infecção da mãe para o bebê, vem apresentando redução gradativa. Em 1997 essa porcentagem foi de 16%, ou seja, para cada 100 crianças nascidas de mães com HIV, 16 foram infectadas. Em 2000, a mesma taxa caiu para 8,6% e, em 2004, para 6,8 %. Como consequência, a incidência de AIDS em menores de cinco anos - que em 2000 era de 5,4 casos por 100 mil habitantes - diminuiu para 3,0 casos por 100 mil habitantes, em 2009.*

*A meta do governo brasileiro é reduzir a transmissão vertical do HIV para menos de 2% em todo o país, até 2015. Para atingir este objetivo, o Ministério da Saúde incluiu no Pacto pela Saúde, em 2006, a redução da mortalidade materno-infantil, sendo uma das prioridades a diminuição das taxas de transmissão vertical do HIV e da Sífilis. (ROJAHN, 2011)*

**Objetivo:** Reduzir a transmissão vertical do HIV.

**Meta:** Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade  $\leq$  3,0 (2011).

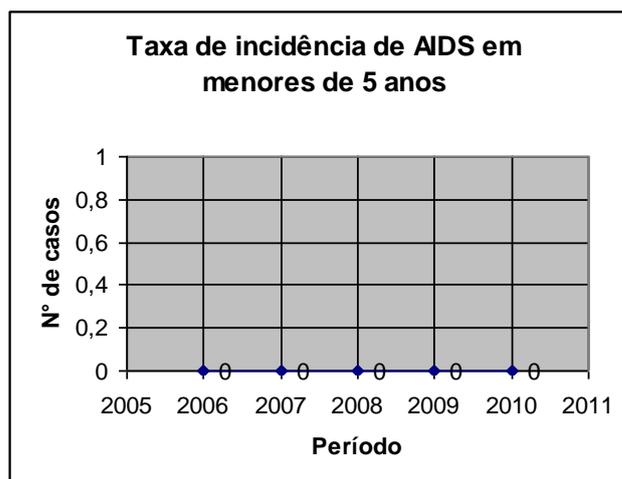
**Cálculo:** N° de casos de AIDS diagnosticados em menores de 5 anos de idade em um determinado ano e local de residência / população total residente de menores de 5 anos de idade nesse mesmo ano e local X 100.000.

**Tabela 15 – Metas para 2010 do indicador Taxa de Incidência de AIDS em menores de cinco anos de idade**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	< 8,70	Meta Município	00
Atingido RS	1,40	Atingido Município	00

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 17 – Taxa de Incidência de AIDS em menores de cinco anos de idade**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

### **Análise dos dados obtidos pelo município:**

A análise do indicador permite verificar a ausência de incidência de AIDS em menores de cinco anos nos últimos anos. Porém, o município pretende continuar a fortalecer ações de promoção do Pré Natal e nascimento propostas pelo PHPN, como a implantação da Rede Cegonha, para incentivo ao acompanhamento Pré Natal, fim de prevenir, entre outros agravos, a transmissão vertical do HIV.

### **Propostas de ações estratégicas para promoção das metas:**

A gestão de saúde do município tem feito um esforço significativo para incorporar as informações epidemiológicas como elemento estratégico na definição de prioridades, buscando sempre integrar as ações de atenção

individual com as ações de caráter coletivo, pois considera fundamental que as ações e serviços de saúde sejam capazes de garantir atenção individual de recuperação da saúde, através de uma prática clínica resolutiva e humanizada. Fundamental ainda é o desenvolvimento de ações programáticas e planejadas a partir dos problemas detectados com base no conhecimento da demanda local e na análise dos dados de mortalidade e morbidade.

Para obtenção destes objetivos, é proposto rever o processo de trabalho da Vigilância Epidemiológica, Sanitária e dos serviços assistenciais, no sentido de trabalhar de forma mais integrada às ações assistenciais e de vigilância em saúde, usando a educação permanente como ferramenta de gestão que irá auxiliar na agilização das estratégias programadas para trabalhar de forma organizada e sincronizada com todos os serviços de saúde do município, pois o conhecimento da situação epidemiológica de determinada localidade é fundamental para o planejamento de ações voltadas para o enfrentamento dos principais problemas de morbimortalidade local. Neste sentido a produção e utilização das informações epidemiológicas dos Sistemas de Informações do SUS se constituem numa importante ferramenta para a tomada de decisão e eficácia da gestão municipal.

a) Ampliar o número e inspecionar todas as redes de armadilhas para o controle da Dengue;

b) Manter e ampliar ações para o controle de Vetores e Zoonoses;

c) Fortalecer o Programa de Combate às Endemias;

d) Articulação com a rede e regional de saúde o cumprimento das metas de combate e as atividades educativas;

e) Desenvolver campanhas de mobilização na comunidade para busca de sintomáticos para Tuberculose;

f) Capacitação para profissionais das ESFs, quanto à identificação de casos suspeitos de Tuberculose, diagnóstico, notificação e tratamento;

g) Realização de notificação e investigação de todos os casos de Doenças de Notificação Compulsória;

h) Cadastramento de todos os pacientes com Tuberculose no programa, acompanhamento e atualização mensal, adotando as recomendações do Ministério da Saúde.

## 6.5. PRIORIDADE V: PROMOÇÃO DA SAÚDE

### 6.5.1. Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos

*A atividade física é uma das maiores preocupações da saúde neste século e um dos principais fatores de proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que respondem atualmente pelas altas taxas de morbimortalidade no Brasil. Assim, o monitoramento de fatores de proteção para DCNT é relevante para a gestão do sistema de saúde e a avaliação de efetividade das ações de Promoção da Saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em março de 2006, definiu como uma de suas prioridades o estímulo às iniciativas de práticas corporais (atividade física) e, desde 2005, o Ministério da Saúde tem financiado projetos locais nesse campo. Desta forma, observar os níveis de atividade física na população implica, direta e indiretamente, em mensurar a implementação de políticas públicas nos âmbitos da saúde, esporte, cultura, infraestrutura, segurança pública, ação social, meio ambiente e afins, pois o desafio da redução deste fator de risco requer 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. (BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE, 2009, p. 53).*

**Objetivo:** Redução dos níveis de sedentarismo na população.

**Meta:** Aumentar em 15,2% /ano da prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos.

**Cálculo:** Número de adultos com atividade física suficiente no tempo livre / População alvo residente X 100.

### 6.5.2. Prevalência de tabagismo em adultos

*O tabagismo é um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que respondem atualmente pelas altas taxas de morbimortalidade. Assim, o monitoramento de fatores de risco para DCNT é relevante para a gestão do sistema de saúde e para a avaliação de efetividade das ações de promoção da saúde.*

*A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em março de 2006, determinou como uma de suas prioridades o controle do tabagismo e o Ministério da Saúde tem financiado projetos de ambientes livres de tabaco, bem como apoiado o trabalho do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs do Brasil (CONIC) na implementação da Lei nº 9.296/96. Desta forma, observar os níveis de tabagismo na população implica, direta e indiretamente, em mensurar a implementação de políticas públicas nos âmbito da saúde, incluindo meio ambientes e afins, pois o desafio da redução deste fator de risco requer ações intersetoriais para seu êxito. O objetivo desse indicador é reduzir a prevalência do tabagismo em adultos, através da implementação de ações que visam à promoção da saúde, prevenção e atenção às DCNT, buscando reduzir a prevalência dos principais fatores de risco e, conseqüentemente, da morbimortalidade associada a esse fator de risco. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 56).*

**Objetivo:** Reduzir a prevalência do tabagismo em adultos, através da implementação de ações que visam à promoção da saúde e prevenção; buscando reduzir a prevalência dos principais fatores de risco e, conseqüentemente, da morbimortalidade associada a esse fator de risco.

**Meta:** Diminuir em  $\leq 15,8\%$ /ano a prevalência de tabagismo em adultos.

\* A pactuação destes indicadores abrangem somente as esferas Federal, Estadual, DF e Capitais. Portanto, não são disponibilizados os dados para o município foco do estudo. No entanto há propostas de implantação de programas do Ministério da Saúde voltados à promoção da saúde relacionados à prevenção do sedentarismo e à diminuição do número de fumantes, pois de acordo com o Ministério da Saúde (2009): todos os municípios não capitais devem priorizar este objetivo no período de sua gestão ainda que não possam obter resultados mensuráveis por meio deste indicador.

**Cálculo:** Número de adultos ( $\geq 18$  anos) fumantes residentes /Número de adultos ( $\geq 18$  anos) residentes X 100.

**Propostas de ações estratégicas para promoção das metas:**

a) Adesão do município ao Programa Academia da Saúde, criado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria N° 719, de 07 de abril de 2011, e tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de pólos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais, atividades físicas e de lazer, além de modos de vida saudáveis;

*Os pólos do Programa Academia da Saúde são espaços públicos construídos para o desenvolvimento de atividades como orientação para a prática de atividade física; promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato) e organização do planejamento das ações do Programa em conjunto com a equipe de APS (Atenção Primária em Saúde) e usuários.*

*As atividades serão desenvolvidas por profissionais de saúde da atenção primária em saúde, especialmente dos Núcleos de Saúde da Família (NASF), podendo ser agregados profissionais de outras áreas do setor público. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)*

b) Manter e ampliar a prática de atividades físicas nas unidades de saúde através dos grupos de educação em saúde;

c) Capacitação dos profissionais das ESF para orientação quanto à importância da atividade física, visando à prevenção de doenças e promoção da saúde;

d) Implantação do Programa de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer, coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), visando à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças relacionadas ao tabaco no país. Desenvolvido por meio de ações realizadas pelas três esferas governamentais: federal, estadual e

municipal, a fim de capacitar e apoiar os 5.561 municípios brasileiros; abrangendo as áreas da educação, legislação e economia. Operacionalizado por meio de campanhas de sensibilização e capacitação de profissionais de saúde; além da oferta de tratamento do tabagismo, de acordo com a Portaria Nº 1035/GM, de 31 de maio de 2004, que amplia o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo a atenção básica e média complexidade da rede do SUS, incluindo no elenco de procedimentos financiados pelo Piso da Atenção Básica (PAB) aqueles referentes ao tratamento do tabagismo e aprova o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS.

*Essas portarias definem também que o tratamento do tabagismo deve ser realizado através da abordagem cognitivo comportamental obrigatória e apoio medicamentoso quando indicado, e poderá ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS, de qualquer nível hierárquico, segundo critério do gestor municipal, desde que preencha os critérios de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação. (BRASIL. PORTARIA Nº 1035/GM, de 31 de maio de 2004).*

## 6.6. PRIORIDADE VI: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

*Atenção Básica caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (território geográfico), considerando a dinamicidade existente nesse território/processo, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos).*

*Pela sua organização, a Atenção Básica se constitui como o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.*

*A Atenção Básica/Saúde da Família é a forma de organizar o primeiro nível de atenção à saúde no SUS estimulada pelo Ministério da Saúde. Insere-se no movimento mundial de valorização da atenção primária à saúde e na construção dos sistemas públicos de saúde. Pauta-se nos princípios do SUS, da atenção primária à saúde*

*e da saúde da família que são internacionalmente reconhecidos.*  
(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.3).

### **6.6.1. Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família**

*A Atenção Básica/Saúde da Família é organizada por meio do trabalho interdisciplinar em equipe mediante a responsabilização de Equipes de Saúde da Família (ESF) num dado território – área de abrangência de uma população adstrita. Trabalha com foco nas famílias, por intermédio de vínculos estabelecidos, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 3).

**Objetivo:** Ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família.

**Meta:** Cobertura de no mínimo 57% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.

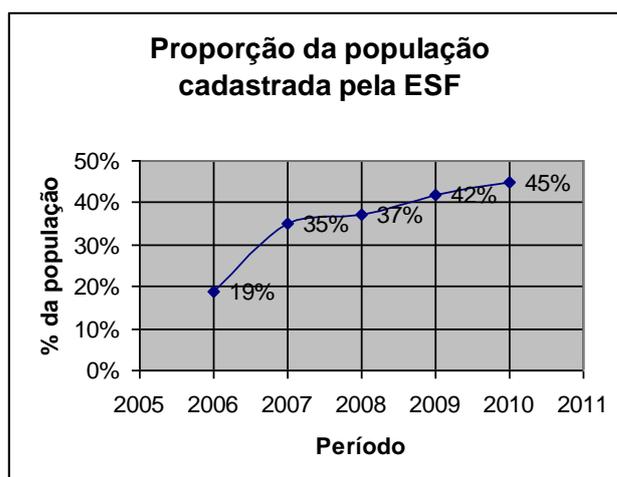
**Cálculo:** População residente cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) / População total residente de acordo com o IBGE X 100.

**Tabela 16 – Metas 2010 para o indicador Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	36,0	Meta Município	45,0
Atingido RS	34,4	Atingido Município	45,1

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

Gráfico 18 – Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

#### 6.6.2. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré-Natal

*O número de consultas pré-natal realizadas durante a gravidez é crescente ano a ano. Se em 2003, foram realizadas 8,6 milhões de consultas durante o pré-natal, em 2009, foram 19,4 milhões. O aumento foi de 125% nesse período, crescimento que pode ser atribuído principalmente a ampliação do acesso ao pré-natal pelas mulheres. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).*

**Objetivo:** Ampliação do acesso ao acompanhamento de Pré-Natal.

**Metas:** Mínimo de 65,28% dos nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré natal (2011).

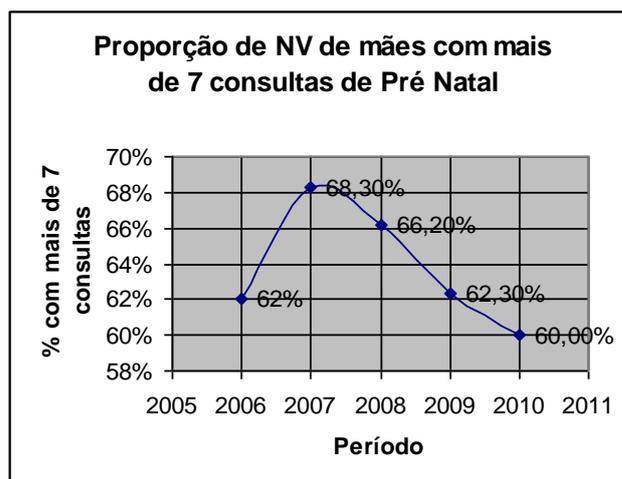
**Cálculo:** Número de nascidos vivos de mães residentes com 7 ou mais consultas de pré-natal /Número total de nascidos vivos, no mesmo local e período X 100.

**Tabela 17 – Metas 2010 para o indicador Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré-natal**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	76,0	Meta Município	75,0
Atingido RS	72,8	Atingido Município	60,2

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 19 – Proporção de Nascidos Vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré Natal**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

### 6.6.3. Taxa de Internação por Diabetes Mellitus e complicações na população de 30 a 59 anos

*No Brasil, o Diabetes junto com a Hipertensão Arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do Diabetes. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 7).*

**Objetivo:** Reduzir a internação hospitalar por Diabetes Mellitus no âmbito do SUS.

**Metas:** Taxa de internações por *Diabetes mellitus* e suas complicações  $\leq 5,7$  por 10.000 habitantes (2011).

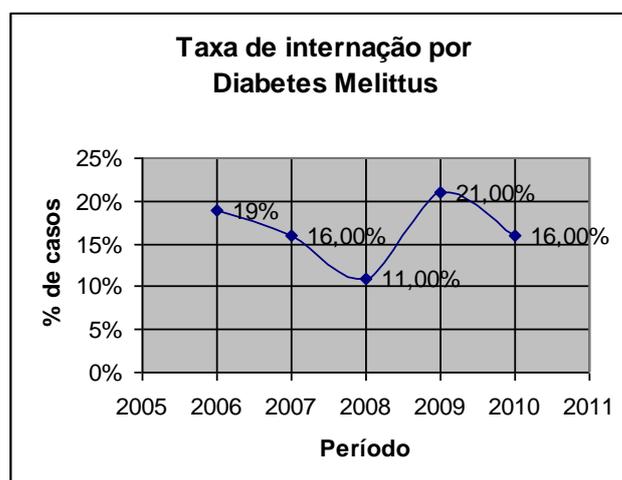
**Cálculo:** Número de internações por *Diabetes mellitus* (pagos pelo SUS) e suas complicações na população de 30 a 59 anos residente /População de 30 a 59 anos residente, no mesmo local e período X 10.000.

**Tabela 18 – Metas 2010 para o indicador Taxa de Internação por Diabetes Mellitus e complicações na população de 30 a 59 anos**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	< 8,60	Meta Município	< 10,0
Atingido RS	8,8	Atingido Município	16,18

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 20 – Taxa de Internação por Diabetes Mellitus e complicações na população de 30 a 59 anos**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

#### 6.6.4. Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade

*A avaliação periódica do ganho de peso permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança, identificando aquelas de maior risco de morbimortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 27).*

*A variação do peso, com relação à idade da criança, é muito mais rápida do que da estatura e reflete, quase que imediatamente,*

*qualquer deterioração ou melhora do estado de saúde, mesmo em processos agudos. Num prazo de poucos dias, podem ser observadas alterações importantes no peso, cuja medição é mais fácil e mais precisa que à estatura. Tais características tornam esse índice muito adequado para o acompanhamento do crescimento e do estado de saúde e nutrição da criança. Por essas vantagens, o índice peso/idade é priorizado para o acompanhamento do crescimento no nível da Atenção Básica de Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 40).*

**Objetivo:** Reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos.

**Metas:** Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade  $\leq 4,0\%$  (2011).

**Cálculo:** Número de crianças menores de cinco anos com peso para idade abaixo do percentil 3 / Número total de crianças menores de cinco anos acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar (SISVAN).

**Tabela 19 – Metas 2010 para o indicador Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade**

META 2010			
Meta RS	< 3%	Meta Município	< 3%
Atingido RS	2,7%	Atingido Município	1,79%

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 21 – Percentual de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

### 6.6.5. Taxa de internações por AVC na população de 30 a 59 anos

*A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio, além da Doença Renal Crônica terminal.*

*No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de Hipertensão Arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 8).*

**Objetivo:** Redução de internação hospitalar por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no âmbito do SUS.

**Metas:** Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)  $\leq 4,7$  por 10.000 habitantes (2011).

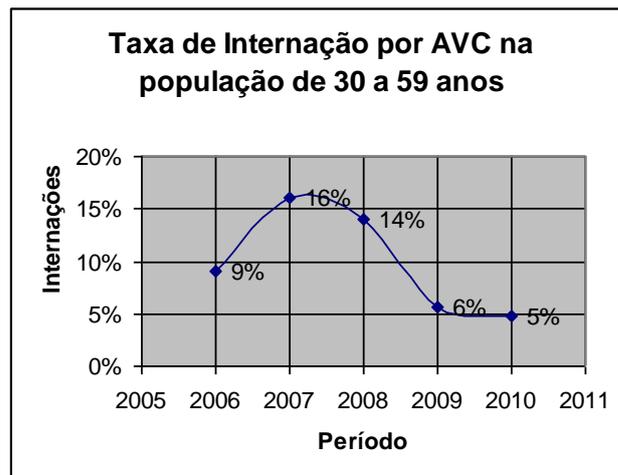
**Cálculo:** Número de internações por Acidente Vascular Cerebral na população de 30 a 59 anos residente / População de 30 a 59 anos, no mesmo local e período X 10.000.

**Tabela 20 – Metas 2010 para o indicador Taxa de internações por AVC na população de 30 a 59 anos**

META 2010			
Meta RS	< 9,8%	Meta Município	< 7,0%
Atingido RS	9,6%	Atingido Município	4,8%

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 22 – Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral na população de 30 a 59 anos**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

#### **6.6.6. Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Básica**

*Para o Ministério da Saúde, o acompanhamento dos beneficiários vai além do envio de informações de saúde para que as famílias continuem recebendo o benefício. As equipes de Saúde da Família, em especial o Agente Comunitário de Saúde (ACS), são importantes na promoção à Saúde da Criança e à Saúde da Mulher, pois estimulam e orientam as famílias a realizarem ações de melhoria à sua saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).*

**Objetivo:** Ampliação do percentual de acompanhamento pela Atenção Básica de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

**Metas:** Percentual de  $\geq 73\%$  de famílias acompanhadas pela Atenção Básica, beneficiárias do Programa Bolsa Família (2011).

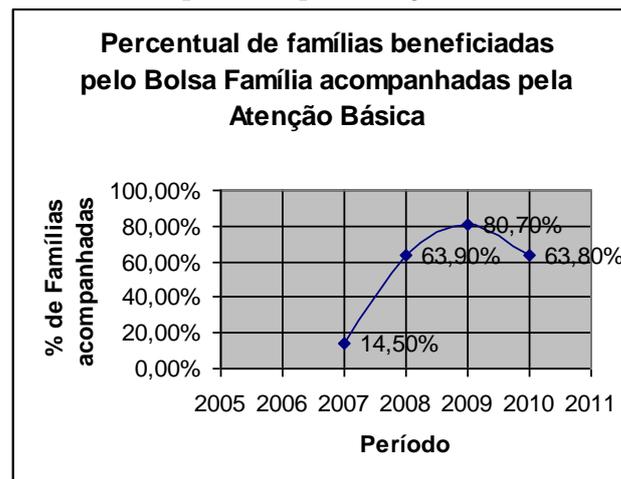
**Cálculo:** Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela Atenção Básica na última vigência do ano / Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano X 100.

**Tabela 21 – Metas 2010 para o indicador Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Básica**

<b>META 2010</b>			
Meta RS	56,0%	Meta Município	56,00%
Atingido RS	60,6%	Atingido Município	63,89%

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

**Gráfico 23 – Percentual de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Básica**



Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS

### **Análise dos dados obtidos pelo município:**

A análise dos indicadores da prioridade VI: “Fortalecimento da Atenção Básica”, demonstra o forte impacto que a atuação da Atenção Básica provoca na prestação de serviços de saúde do município, tendo em vista que a cobertura da Estratégia Saúde da Família atinge quase 50% da população. O que reflete nos demais indicadores da prioridade, como o baixo índice de internações por AVC: 4,8%; resultado bem inferior ao atingido pelo estado de 9,6 %; assim como o pequeno percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso; resultados oriundos da atuação da ESF frente aos Programas do Ministério, como SISVAN e Saúde da Criança

Desde o ano de 2004, a Secretaria Municipal de Saúde tem intensificado progressivamente a Estratégia Saúde da Família no município, entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial; operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em

UBSs, sendo estas responsáveis pela atuação em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes; e na manutenção da saúde da comunidade; tendo como competências: Promover a saúde através da educação com o desenvolvimento de estratégia para a realização de palestras, encontros e grupos terapêuticos; além de executar normas e prescrições relacionadas aos programas e projetos do Ministério da Saúde.

No entanto, alguns programas e estratégias de saúde precisam ser revistas a fim de aprimorar a promoção de indicadores que ainda não apresentam resultados satisfatórios, como a qualificação do Pré Natal para realização das ações preconizadas no Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento; e também o incentivo à prevenção de complicações por Diabetes Mellitus por meio de ações do Programa de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA).

#### **Propostas de ações estratégicas para promoção das metas:**

a) Adesão do município ao Programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde, objetivando a promoção e qualificação do Pré Natal realizado na Rede Básica, de acordo com o PHPN;

b) Ampliação de cobertura da Estratégia Saúde da Família; a fim de abranger 100% do município;

c) Elaboração de um protocolo de atendimento, normas e rotinas; a fim de proporcionar isonomia e qualificação do atendimento das ESF, além de aperfeiçoar os processos de trabalho pela reorientação de suas práticas; de acordo com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais; adequando às necessidades do município;

d) Promover projetos de articulação de ações com outros Programas voltados à promoção da saúde, como o Primeira Infância Melhor (PIM), e o Bolsa Família;

e) Garantia de ações de educação permanente para as equipes, com temas coerentes com as necessidades locais;

- f) Estabelecer a referência e a contra referência da rede de atendimento ao usuário, visando a integralidade e continuidade da assistência;
- g) Promover a captação e fixação de profissionais nas ESFs, a fim de manter constantemente a composição completa das equipes;
- h) Converter a equipe ainda EACS em ESF;
- i) Capacitação de todos os novos profissionais quando da integração na equipe, garantindo a educação continuada nas áreas básicas de atuação;
- j) Estímulo e oferta de insumos ao uso de ferramentas como o Telessaúde;
- k) Incentivo à participação em cursos de qualificação profissional; como cursos de extensão e especializações;
- l) Implantação da Política de Planejamento e Avaliação do desempenho das Equipes de ESF;
- m) Melhorar a informatização das ESF, a fim de promover a intercomunicação entre a rede de serviços, além da emissão de receituários impressos, otimizando a entrega de medicamentos;
- n) Implantar nas ESFs o Serviço de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizando notificação e investigação;
- o) Implantar protocolo de atenção ao paciente Hipertenso e Diabético, incluindo cuidado ao pé diabético;
- p) Ampliar a equipe de gerenciamento das ESFs;
- q) Normatizar o processo de solicitação de exames e prescrição medicamentosa pelo profissional enfermeiro, em conformidade com a Portaria 648 de 28 de março de 2006 e da Resolução COFEN 311 de 2007.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Planejar é desenhar o futuro. Planejar a gestão de saúde para os próximos anos é ter uma “imagem objetivo” da saúde em São José do Norte para o início do século XXI. Partindo da análise dos indicadores de saúde e do diagnóstico situacional, será possível definir as estratégias a serem adotadas para obtenção dos objetivos propostos. O principal deles é dar continuidade à reestruturação do Sistema Municipal de Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS: Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação Social. Estes que servirão de base para a construção do novo Plano Municipal de Saúde para o período 2013-2014. Fundamentado na aplicação de recursos humanos e materiais voltados às reais necessidades de saúde da população, evidenciados pela análise dos indicadores aqui apresentados; já que o conhecimento da situação epidemiológica do município é fundamental para o planejamento de ações voltadas para o enfrentamento dos principais problemas de morbimortalidade local. Neste sentido a produção e utilização das informações epidemiológicas dos sistemas de informações do SUS se constituem numa importante ferramenta para a tomada de decisão e eficácia da gestão municipal.

Frente ao desafio de articular o planejamento de políticas de saúde complexas, com escassez de recursos, destaca-se a habilidade dos gestores municipais de saúde, que tem a missão segundo o Ministério da Saúde (*apud* MOTTIN, 1996, p. 29), de "... dirigir um sistema de saúde (...) mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria".

*Por consequência, no nível local, o gestor municipal de Saúde tem o papel de gerenciar por meio da vinculação entre necessidades e recursos, da articulação de interesses na tentativa de resolver ou minimizar os problemas que se apresentem, tendo em mente os princípios básicos que norteiam o SUS.*

*O desafio que se coloca ao gestor municipal da saúde está em buscar instrumentos que o auxiliem na tarefa de gerir em uma realidade complexa. Um destes instrumentos é o planejamento, que pode, dependendo do enfoque, alterar ou melhorar a capacidade de*

*governo, expressa como a capacidade de dirigir, gerenciar, administrar e controlar. (MATUS, 1996 apud MOTTIN, 1999, p. 34).*

Se para Matus (1996), o planejamento é instrumento essencial para o gerenciamento da gestão; segundo a IX Conferência Nacional de Saúde (1992), O planejamento das ações de Saúde no âmbito municipal deve ser feito com base em critérios epidemiológicos.

*A NOB-SUS 01/96 aborda ainda a questão da necessidade de aperfeiçoar e disseminar instrumentos e técnicas de avaliação de resultados das ações e dos serviços de saúde sobre a população. Como parte do processo de planejamento, o acompanhamento e a avaliação dos resultados; deverá ser feito permanentemente pelos gestores. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996 apud MOTTIN, 1999).*

Sendo assim, após a análise do estudo em questão, foi possível concluir que o município tem apresentado resultados satisfatórios na maioria dos indicadores, como a redução da mortalidade infantil e materna; e incentivo à Atenção Básica. No entanto, ainda restam indicadores com resultado abaixo do esperado, como a Atenção à Saúde da Mulher, e combate às doenças crônicas; o que exigirá da gestão municipal de saúde a articulação de ações e projetos para promoção dos mesmos. Reafirmando que a análise dos indicadores do Pacto pela Saúde como ferramenta do Planejamento da Gestão, torna-se indispensável à conduta de um gestor de saúde comprometido com sua causa e principalmente com a promoção da qualidade de saúde prestada à sua comunidade; pois segundo Mottin (1999, p. 40): “O planejamento, para o governo, deve ser uma ferramenta potente e de utilidade prática, auxiliando o governante a resolver problemas”.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama*. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Nº 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Pacto pela Saúde 2010 – 2011* – Rio Grande do Sul. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?pacto/2010/cnv/pactrs.def>>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diabetes Mellitus*. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Nº 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita* Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. 2º ed. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Hipertensão Arterial Sistêmica*. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Nº 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Editora do Ministério da Saúde. 3º ed. Brasília. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Diário Oficial da União, 06 de novembro de 1996. p. 22.932-22.940.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações Acerca dos Indicadores de Monitoramento Avaliação do Pacto pela Saúde, nos Componentes pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010 – 2011*. Brasília. 2009. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/dados/1305295553733Instrutivo\\_ms\\_2010\\_2011.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/dados/1305295553733Instrutivo_ms_2010_2011.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Pacto de Gestão: Garantindo Saúde para todos***. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. DF. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Pacto pela Saúde***. Disponível em: <[www.sispacto.com.br](http://www.sispacto.com.br)>

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Política Nacional de Alimentação e Nutrição***. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/atribuicoesEquipesPbf.php>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. ***Hanseníase***. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1466](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1466)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. ***O que é o Pacto pela Saúde?*** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. ***Pré Natal***. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33959&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33959&janela=1)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. ***Programa Nacional de Controle da Tuberculose***. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31101](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. ***Saúde do Idoso***. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26466](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26466)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. ***Sistema de Programação Pactuada e Integrada - SisPPI***. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24472&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=24472&janela=1)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Portaria Nº 569/GM de 1º de junho de 2000: Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde***. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Portaria Nº 2080/GM de 31 de outubro de 2003: Institui o Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais, o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa e dá outras providências***. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/dados/1280161532046PORTARIA\\_2080\\_2003\\_Institui\\_o\\_Programa\\_Nacional\\_Prevencao\\_e\\_Controlo\\_Hepatites\\_Virais.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/dados/1280161532046PORTARIA_2080_2003_Institui_o_Programa_Nacional_Prevencao_e_Controlo_Hepatites_Virais.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1035/GM de 31 de maio de 2004: Resolve Ampliar o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1035.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 699/GM de 30 de março de 2006: Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 325/GM de 21 de fevereiro de 2008: Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.** Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria\\_325\\_210208.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria_325_210208.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 719, de 07 de abril de 2011: Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/conjuntas/107735-gmportaria-no-719-de-7-de-abril-de-2011.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão.** Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Nº. 11. Brasília. 2002

CARVALHO. A.I. e BARBOSA. P.R. **Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS.** Departamento de Ciências da Administração / UFSC. UAB. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. **Programa Nacional do Controle do Câncer de Mama.** Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/)

LAURINDO. J.L.C. et al. *Uma reflexão sobre o pacto pela vida e a necessidade de uma divulgação para os profissionais da área de saúde e sua atuação*. Artigonal. Diretório de artigos gratuitos. Publicado em 19/03/2011. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/medicina-artigos/uma-reflexao-sobre-o-pacto-pela-vida-e-a-necessidade-de-uma-divulgacao-para-os-profissionais-da-area-de-saude-e-sua-atuacao-4438712.html>>

LEMOS. I. *Senado aprova regulamentação da Emenda 29, que vai à sanção*. G1 – Política. 07/12/2011. Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/noticia/2011/12/senado-aprova-regulamentacao-da-emenda-29.html>>

MARCONI, M.A. e LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo: Atlas, 1988.

MARSIGLIA. R.M.G. *Orientações Básicas para a Pesquisa*. PUCSP/FCMSCSP. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto3-1.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto3-1.pdf)

MATHIAS, T.A.F.; ASSUNÇÃO, A.N.; SILVA, G.F. *Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 42. Nº3. São Paulo. Setembro. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342008000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000300005)>

MATUS. C. *Política, planejamento e governo*. IPEA, 2º V. 2ºed. Brasília. 1996.

MOTTIN. L.M. *Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para os municípios: um estudo no Rio Grande do Sul*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 1999. Disponível em <[http://portaleses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes\\_chap&id=00005203&lng=pt&nrm=iso](http://portaleses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00005203&lng=pt&nrm=iso)>

MUNIZ. C.F. et al. *Caracterização dos Idosos com Fratura de Fêmur Proximal atendidos em Hospital Escola Público*. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.2, p.33-38, jun.2007. Disponível em: <[http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n2/Art%205%20\\_v8%20n2\\_.pdf](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n2/Art%205%20_v8%20n2_.pdf)>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Estado. *Pacto pela Saúde*. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=1128>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Estado. *Plano de Contingência para Dengue do Estado do Rio Grande do Sul*. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1298557617151Plano%20Estadual%20de%20Contigencia%20Dengue%20RS.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Estado. **Programa Estadual para a Prevenção e o controle das Hepatites Virais**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=3001>>

ROJAHN. M. **Diminui taxa de transmissão vertical do vírus da AIDS**. Agência Saúde. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/noticia/2011/diminui\\_taxa\\_de\\_transmissao\\_vertical\\_d\\_o\\_virus\\_da\\_aids](http://www.aids.gov.br/noticia/2011/diminui_taxa_de_transmissao_vertical_do_virus_da_aids)>

SANTANA. V.O.A. **Pacto pela Saúde**. Conselho Federal de Farmácia. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=633>>

SCHNEIDER. A. et al. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** 2º Ed. IFIBE/CEAP. Passo Fundo. 2009

TURATO, E.R. **Psicologia da Saúde: estudos clínico-qualitativos**. Taubaté: Cabral, Livraria Universitária, 2003.

VENTURA. M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3º Ed. Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA. Brasília. 2009.

## ANEXO A

### PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006,

#### R E S O L V E:

Art. 1º Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art. 2º Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Anexo I

PACTO PELA SAÚDE 2006  
Consolidação do SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira.

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. O SUS é avaliado positivamente pelos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo território nacional.

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

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006

#### I – O PACTO PELA VIDA:

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

##### SAÚDE DO IDOSO:

Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

##### CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

##### MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:

Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.

##### DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

##### PROMOÇÃO DA SAÚDE:

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a

responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

#### ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

#### II – O PACTO EM DEFESA DO SUS:

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

#### IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;

Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;

Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.

Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

#### ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

#### III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As prioridades do Pacto de Gestão são:

DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

ESTABELECEER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Este PACTO PELA SAÚDE 2006 aprovado pelos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, é abaixo assinado pelo Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e será operacionalizado por meio do documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

Ministério da  
Saúde

Conselho Nacional de  
Secretários de Saúde  
CONASS

Conselho Nacional  
de Secretários  
Municipais de Saúde  
CONASEMS

Anexo II

#### DIRETRIZES OPERACIONAIS DO PACTO PELA SAÚDE EM 2006 CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores a frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Frete a esta necessidade, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde. O documento a seguir contempla o pacto firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população a atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS - possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

#### I – PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

São seis as prioridades pactuadas:

- Saúde do idoso;
- Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- Redução da mortalidade infantil e materna;
- Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- Promoção da Saúde;
- Fortalecimento da Atenção Básica.

## A – SAÚDE DO IDOSO

Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

1 - O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2 - Ações estratégicas:

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

## B – CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

1 - Objetivos e metas para o Controle do Câncer de Colo de Útero:

Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006.

Incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometidas (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

2 – Metas para o Controle do Câncer de mama:

Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.

Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

C – REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL:

1 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil

Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.

Reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006.

Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes.

Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006.

2 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna

Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006.

Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.

Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.

D – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA E INFLUENZA.

Objetivos e metas para o Controle da Dengue

Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006;

Reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários ate 2006;

2 - Meta para a Eliminação da Hanseníase:

Atingir o patamar de eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários, em 2006.

3 - Metas para o Controle da Tuberculose:

Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano;

4- Meta para o Controle da Malária

Reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006;

5 – Objetivo para o controle da Influenza

Implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação - SIVEP-GRIPE, em 2006.

E – PROMOÇÃO DA SAÚDE

1 - Objetivos:

Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;

Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;

Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;

Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;

Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006;

## F – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

### 1 - Objetivos

Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.

Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.

Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.

Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.

Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.

Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.

Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.

Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

## **ANEXO B**

### **MINISTÉRIO DA SAÚDE**

#### **Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008\*.**

Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

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

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

Considerando o item II, do artigo 14, da portaria nº. 699/GM, de 30 de março de 2006, que institui que o monitoramento do Pacto pela Saúde deve ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o Termo de Compromisso de Gestão;

Considerando a portaria nº. 91/GM, de 10 de janeiro de 2007, que regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal;

Considerando a revisão das prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida e os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde.

Considerando a necessidade de estabelecer os fluxos e rotinas do processo unificado de pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde para o ano de 2008;

Resolve:

Art. 1º. Estabelecer as seguintes prioridades do Pacto pela Vida para o ano de 2008:

- 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.

Art. 2º. Publicar o Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, constante no Anexo a esta Portaria.

Art. 3º. Estabelecer as seguintes orientações e, excepcionalmente para o ano de 2008, prazos para pactuação unificada das metas dos indicadores do Pacto pela Saúde entre União, Distrito Federal e Estados:

- I - a formalização do processo de negociação e pactuação das metas será realizada no aplicativo SISPACTO, cujas orientações de uso estão disponíveis em manual operativo no endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto).

II - o Ministério da Saúde proporá, a partir da publicação desta portaria, metas dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, para cada estado.

III - as Secretarias Estaduais de Saúde, mediante pactuação bipartite, devem manifestar-se formalmente ao Ministério da Saúde sobre as metas propostas e este deve se posicionar formalmente frente às manifestações, até 21 março de 2008.

IV - as metas estaduais e do Distrito Federal serão encaminhadas à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para homologação na reunião ordinária de abril de 2008.

Art. 4º. Estabelecer o prazo de 30 de maio de 2008 para pactuação unificada das metas dos indicadores do Pacto pela Saúde entre Estados e Municípios, no ano de 2008.

Art. 5º. As metas estaduais e municipais devem ser pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 6º. As metas pactuadas pelos Municípios, Estados, Distrito Federal e União deverão ser aprovadas nos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 7º. O processo de pactuação unificada dos indicadores deve ser orientado pelas seguintes diretrizes:

I – ser articulado com o Plano de Saúde e sua Programação Anual, promovendo a participação das várias áreas técnicas envolvidas no Pacto pela Saúde;

II – guardar coerência com os pactos firmados nos Termos de Compromisso de Gestão;

III – ser precedido da análise do Relatório de Gestão do ano anterior, identificando as atividades desenvolvidas e as dificuldades relacionadas à sua implantação;

IV – ser fundamentado pela análise da situação de saúde, com a identificação de prioridades de importância sanitária loco-regional, e a avaliação dos indicadores e metas pactuados em 2007;

V – desenvolver ações de apoio e cooperação técnica entre os entes, para qualificação do processo de gestão.

Art. 8º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO  
Ministro

\* publicada no DOU n°. 36, de 22 de fevereiro de 2008.