



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM CONCENTRAÇÃO  
EM EPIDEMIOLOGIA**

**PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA NA BAHIA: DESEMPENHO DOS  
INDICADORES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E QUALIDADE DAS  
INFORMAÇÕES DO SISPACTO.**

**TATIANA CERQUEIRA MACHADO**

SALVADOR

2015

**TATIANA CERQUEIRA MACHADO**

**PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA NA BAHIA: DESEMPENHO DOS  
INDICADORES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E QUALIDADE DAS  
INFORMAÇÕES DO SISPACTO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Mota

**SALVADOR**

**2015**

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

Machado, Tatiana Cerqueira

Pactuação interfederativa na Bahia: Desempenho dos indicadores da vigilância epidemiológica e qualidade das informações do Sispacto. – Salvador, 2015.

Tatiana Cerqueira Machado: Orientador Eduardo Luiz Andrade Mota. - 2015

98 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2015. Salvador, BA – BR, 2014. I. Indicadores de saúde; Vigilância Epidemiológica; Sispacto.

“Valeu a pena? Tudo vale a pena  
Se a alma não é pequena.  
Quem quer passar além do Bojador  
Tem que passar além da dor.  
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,  
Mas nele é que espelhou o céu.”

*Fernando Pessoa*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as coisas.

A minha família, Ana e Memeu (*in memoriam*), por me ensinarem a sonhar. Ao companheiro, amigo e amado, Marcelo Medrado, por ser seu fruto doce no penhasco da vida e a Juju, filha querida, por dar-me sentidos. A minhas irmãs, Mone e Fafá, pela ajuda e torcida, e a Rafa, Dilsinho e Livinha, pelos momentos plenos de alegria.

Ao Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota, pela competência na transmissão do conhecimento e, principalmente, pela humanidade ao conduzir a orientação deste trabalho.

À Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), à Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde (Suvisa), representada pela Dra. Alcina Marta Andrade, pelo engajamento e busca da qualificação dos profissionais da Vigilância em Saúde.

À Diretoria de Vigilância Epidemiológica, representada pela Dra. Maria Aparecida Araújo Figueiredo, pela oportunidade e confiança; à Coordenação de Planejamento, Avaliação e Monitoramento e Coordenação de Imunizações e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis, o apoio e a compreensão nas ausências para participar do curso e, em especial, às colegas Adriana Santos, Ana de Fátima Nunes, Eleuzina Falcão, Gerluce Alves, Márcia São Pedro, Maria do Carmo, Marta Lima, Nadima Conrado e Ramon Saavedra pelo incentivo e contribuições valiosíssimas.

Aos professores e funcionários do ISC/UFBA, pelo acolhimento de forma tão carinhosa e comprometida com a saúde coletiva e com as pessoas. Em especial, à Sônia Malheiros e Taís, secretárias acadêmicas, pelo cuidado, profissionalismo, empenho e atenção dispensada e a Vilma, nossa *master chef*, pelas deliciosas refeições que adoçavam o coração.

Aos queridos colegas do mestrado profissional, especialmente à Edna Rezende, Aline Anne, Alba Regina e Cristiana Brasileiro, pela ajuda, apoio e carinho nos momentos de aflição.

Aos Professores Dra. Maria Conceição Nascimento Costa e Dr. Djanilson Barbosa dos Santos, participantes da Banca Examinadora dos Exames de Qualificação do Projeto e da Defesa do Mestrado, pelas contribuições e ensinamentos.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1.** Indicadores da vigilância epidemiológica selecionados da pactuação interfederativa na Bahia, no período de 2012 e 2014. Bahia, 2015.
- Figura 1.** Distribuição espacial das Regiões de Saúde do estado da Bahia/PDR, 2014.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Desempenho médio dos indicadores da vigilância epidemiológica pactuados por Região de Saúde, no período de 2012 a 2014. Bahia, 2015.
- Tabela 2.** Desempenho das Regiões de Saúde (RS) no cumprimento das metas e alcance de parâmetros dos indicadores da vigilância epidemiológica pactuados, no período de 2012 a 2014. Bahia, 2015.
- Tabela 3.** Presença e concordância da informação “resultado” dos indicadores da vigilância epidemiológica pactuados por Região de Saúde (RS) da Bahia segundo Sistema de Informação em Saúde, no período 2012 a 2014. Bahia, 2015.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Coaps	Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Coplam	Coordenação de Planejamento e Monitoramento das Ações Descentralizadas de Vigilância Epidemiológica
Datasus	Departamento de Informática do SUS
DIS	Diretoria de Informação em Saúde
Divep	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DO	Declaração de óbito
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PIAB	Pacto de Indicadores da Atenção Básica
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
PNS	Plano Nacional de Saúde



PPI-ECD	Programação Pactuada da Epidemiologia e Controle de Doenças
PPI-VS	Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde
PS	Pacto pela Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Região de Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Renases	Relação Nacional de Serviços de Saúde
Sargus	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
Sesab	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
Sispacto	Sistema de Pactuação de Indicadores
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UFBA	Universidade Federal da Bahia

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1. OBJETIVOS.....	13
1.1 Geral .....	13
1.2 Específicos.....	13
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	15
3.1 Uso de indicadores de saúde no Pacto da Atenção Básica .....	15
3.2 O Pacto pela Saúde e o uso de indicadores de saúde .....	18
3.3 Pactuação de indicadores de saúde no advento do Decreto 7.508/2011 .....	19
4. ELEMENTOS CONCEITUAIS .....	21
5. REFERÊNCIAS .....	27
6. ARTIGO.....	32
RESUMO .....	33
ABSTRACT .....	34
INTRODUÇÃO.....	35
METODOLOGIA.....	37
RESULTADOS .....	39
DISCUSSÃO .....	42
CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS .....	46
7. RECOMENDAÇÕES .....	55
ANEXOS .....	56
ANEXO A - Resolução CIT nº 04, de 19 de julho de 2012 .....	57
ANEXO B – Resolução CIT nº 5, de 19 de junho de 2013.....	60
ANEXO C - Lei Complementar nº 141, 13 de janeiro de 2012 .....	65
ANEXO D - Estrutura Organizacional da SESAB.....	75
ANEXO E - Regionalização da Saúde na Bahia .....	76
ANEXO F – Relatório da pactuação 2012 a 2014 na Bahia - vigilância epidemiológica.....	89
APÊNDICES .....	92
APÊNDICE A – Metodologia – Etapas 1 e 2.....	93
APÊNDICE B – Planilhas de dados das Regiões de Saúde – Sispacto e base estadual.....	94
APÊNDICE C – Projeto de Pesquisa .....	105

## APRESENTAÇÃO

O tema deste trabalho é o uso de indicadores na pactuação interfederativa. Tem como objetivo estudar os indicadores da vigilância epidemiológica pactuados na Bahia, entre 2012 e 2014 e a qualidade das informações do Sistema de Pactuação de Indicadores (Sispacto). São considerados os processos desencadeados com a publicação do Decreto 7508/2011, que instituiu os Contratos Organizativos de Ação Pública de Saúde (Coaps) em substituição a relação interfederativa que vigorava desde 2006, com a edição do Pacto pela Saúde.

A escolha do tema teve origem na minha aproximação profissional com os processos inerentes à pactuação dos indicadores da vigilância epidemiológica, a partir de 2011, na função de sanitarista da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Bahia (Divep). Participei e acompanhei momentos ricos de discussão e construção de estratégias e alternativas para melhor subsidiar as equipes locais de saúde, desde reuniões com as áreas técnicas, a realização do levantamento das séries históricas, a construção de roteiros, normas e orientações, bem como o auxílio na proposição de metas a serem pactuadas pelos municípios e estado.

Ao vivenciar tão importante movimento de (re)construção do SUS, surgiram alguns questionamentos sobre os resultados alcançados pelos indicadores pactuados e o uso do Sispacto, considerando a possibilidade de utilizá-los para avaliação da gestão dos sistemas municipais de saúde, como institui a Lei Complementar nº 141/2012. Dessa maneira, tais inquietações motivaram a busca por aprofundar os estudos a fim de analisar se houve contribuição da pactuação de indicadores nos resultados alcançados pelos serviços de saúde, bem como a possibilidade da utilização dos dados registrados no Sispacto para a análise da situação de saúde e, conseqüente tomada de decisão pela gestão, considerando o enfoque regional.

Para contextualizar, a dissertação inicialmente apresenta os objetivos da pesquisa e a justificativa. A seguir, na revisão de literatura, aborda-se a utilização de indicadores de saúde na pactuação interfederativa por meio dos processos desencadeados pelo Pacto de Indicadores da Atenção Básica (PIAB), Pacto pela Saúde (PS) e, por fim, na pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores instituídos pelo Decreto 7508/2011. Posteriormente,

apresentam-se alguns elementos teóricos que discutem sobre o direito à saúde após a promulgação da Constituição Federal de 1988, a descentralização e regionalização, o uso de indicadores de saúde e a qualidade da informação.

O produto final do mestrado profissional é apresentado sob a forma do artigo intitulado “Pactuação interfederativa na Bahia: Desempenho dos indicadores da vigilância epidemiológica e qualidade das informações do Sispacto”.Por fim, nas recomendações, apresentam-se algumas reflexões sobre a pesquisa.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 Geral**

Estudar os indicadores da vigilância epidemiológica aplicados na pactuação interfederativa na Bahia, no contexto do Decreto 7.508/2011 e da Lei Complementar 141/2012, entre 2012 e 2014.

### **1.2 Específicos**

1. Analisar o desempenho dos indicadores da vigilância epidemiológica selecionados, por região de saúde e estado da Bahia, no período 2012 a 2014;
2. Descrever o cumprimento das metas pactuadas e alcance dos parâmetros estadual e nacional para os indicadores da vigilância epidemiológica selecionados, por região de saúde e estado da Bahia, no período 2012 a 2014.
3. Avaliar a qualidade das informações do Sispecto quanto aos dados registrados dos indicadores da vigilância epidemiológica selecionados, no período 2012 a 2014;

## **2. JUSTIFICATIVA**

Na área da vigilância em saúde, o processo de pactuação induzido a partir do Decreto 7.508/2011 e da Lei Complementar 141/2012 reforça a utilização de alguns indicadores relacionados às ações da vigilância epidemiológica na avaliação da oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial, a saber: número de unidades de saúde com o serviço de violência doméstica, sexual e outras violências implantado; proporção de óbitos infantis e fetais investigados; proporção de óbitos maternos investigados; proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados e número absoluto de óbitos por dengue.

Assim, ressalta-se que estes indicadores mantêm relação com o quadro de saúde do estado da Bahia, o qual apresenta como problemas relevantes a elevada taxa de mortalidade infantil e a manutenção da alta taxa de mortalidade materna; a ocorrência de mortes violentas

com tendência crescente e mortes relacionadas com algumas doenças infecciosas e parasitárias, principalmente às epidemias de dengue, entre outros<sup>1,2</sup>.

E, por conseguinte, tem-se que o uso de indicadores na pactuação interfederativa é uma das estratégias utilizadas pela instância nacional do SUS para acompanhar o desempenho dos sistemas locais de saúde, por se entender que existe um compromisso da gestão do sistema em obter resultados que exerçam impacto sobre a situação de saúde da população<sup>3,4,5</sup>. Ressalta-se que não existiam indicadores que medissem ou monitorassem o desempenho ou resultado da situação de saúde da população referente ao território regional<sup>5</sup>.

Dessa forma, diante da importância do uso de indicadores de saúde como ferramenta para avaliar a efetivação do direito à saúde e da inexistência de estudos que abordem a temática na Bahia, a pesquisa teve como objetivo estudar os indicadores da vigilância epidemiológica da pactuação interfederativa na Bahia, no contexto do Decreto 7508/2011 e da Lei Complementar 141/2012, entre 2012 e 2014. Espera-se contribuir para o acúmulo de informações nessa área e subsidiar o processo de planejamento integrado e o aprimoramento da pactuação interfederativa.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Uso de indicadores de saúde no Pacto da Atenção Básica**

Várias normas foram editadas visando direcionar a gestão do SUS para a responsabilização sobre os resultados alcançados na prestação dos serviços públicos de saúde com o propósito de buscar a eficácia, eficiência e efetividade, tendo em vista a escassez de recursos financeiros e a necessidade de coordenação da política de saúde<sup>4,6</sup>.

A primeira norma a introduzir o uso de indicadores na gestão da saúde foi a Portaria GM/MS 3925/98, a qual aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica no SUS e criou o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (PIAB) para acompanhar e avaliar resultados obtidos na implementação das suas ações. Em continuidade, a Portaria GM/MS 476/99 determinou a necessidade de avaliação do desempenho dos indicadores ao fim de cada exercício e que as metas dos indicadores pactuados deveriam fazer parte do Plano Estadual de Saúde (PES)<sup>3</sup>. No mesmo ano, a Portaria GM/MS 832/99 instituiu a pactuação de indicadores para os municípios que possuíam o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>7,8,9</sup>.

O Pacto da Atenção Básica teve como objetivo a incorporação da avaliação e do monitoramento no cotidiano da gestão do SUS e foi importante para a organização dos serviços e práticas de trabalho, bem como para a mudança das condições de vida da população. A análise de situação de saúde foi utilizada para identificação dos problemas de saúde e no estabelecimento de metas a serem alcançadas por gestores do sistema<sup>8,9</sup>.

A NOAS/SUS 2001 estimulou o uso de indicadores de desempenho no processo de obtenção de habilitação dos municípios e de recursos financeiros do Piso Assistencial Básico (PAB) ampliado, conforme a NOB/SUS 01/96, e estabeleceu como prioridades a avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; a relação com os prestadores de serviços; a qualidade da assistência e satisfação dos usuários e, principalmente, os resultados e impacto sobre a saúde da população<sup>10,11,12</sup>.

A Portaria GM/MS 548/2001 criou instrumentos importantes para o fortalecimento da gestão, como as agendas e planos de saúde, quadros de metas e relatórios de gestão, os quais

continham eixos prioritários, objetivos, indicadores e metas para cada esfera de governo, os quais deveriam manter coerência com os referidos instrumentos de gestão<sup>13</sup>.

Em 2001, a Portaria GM/MS 723 assumiu o PIAB como instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde da Atenção Básica, com o objetivo de qualificar a gestão municipal. Essa norma atualizou a lista de indicadores a serem pactuados e reforçou a necessidade de monitoramento e avaliação das pactuações anteriores. Além disso, disponibilizou, por meio do Departamento de Informática do SUS (Datapus), um programa para a instalação e utilização do Caderno de Informações em Saúde com os resultados do Pacto da Atenção Básica<sup>13,14</sup>.

O Pacto da Atenção Básica constituiu o esforço de se incorporar à gestão do sistema a avaliação em saúde articulada com os processos de programação, com a função primordial de estabelecer coerência na condução da Atenção Básica entre as esferas de gestão do SUS, na perspectiva da potencialidade de mobilização e integração desse nível de atenção<sup>15</sup>.

Considera-se que o PIAB teve a capacidade de mudar a gestão do SUS e contribuir para a incorporação do monitoramento e da avaliação nos serviços de saúde, com intenção de que os mesmos deixassem de ser desenvolvidos como ritos administrativos. Com isso, o conjunto de dispositivos normativos tendeu a induzir um modelo de gestão na saúde voltado para os resultados alcançados pelas ações implantadas e expressos por meio da avaliação dos indicadores utilizados nos vários instrumentos de gestão<sup>3,5,8</sup>.

No decorrer da pactuação ocorreram alterações, tanto no processo quanto na seleção de indicadores a serem avaliados. A princípio, os indicadores estavam relacionados a áreas programáticas e estratégicas da saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão e da diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal e indicadores de ações gerais, no total de 41 indicadores; desses 24 foram utilizados por todos os municípios e 17 pelo PACS e PSF<sup>14,16</sup>.

Em 2000, a lista de indicadores foi reduzida para 30 (14 para todos os municípios e 16 para o PACS e PSF). Em 2001, a lista incluía dois indicadores exclusivos para monitoramento das ações dos estados, acrescidos de 17 indicadores comuns também aos municípios. Em 2002, a relação continha 25 indicadores principais, considerados obrigatórios para estados e municípios e 22 indicadores complementares, os quais eram de pactuação opcional<sup>14</sup>.



Em 2003, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), conjuntamente com as áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS), após aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), atualizaram a pactuação interfederativa, a qual continha 20 indicadores principais e 14 obrigatórios<sup>14,16</sup>.

Nesse mesmo ano, a fim de facilitar e organizar o processo de pactuação de indicadores, o MS disponibilizou o aplicativo informatizado Sispacto - para registro das metas pactuadas e dos resultados alcançados por parte dos municípios e estados da federação. Os indicadores que integravam o Pacto da Atenção Básica eram de pactuação obrigatória e/ou complementar, divididos segundo a faixa populacional, cujo recorte compreendeu os municípios com mais de 80 mil habitantes<sup>16</sup>.

Em 2005, a Portaria GM/MS 21 aprovou a relação de indicadores da atenção básica a serem pactuados entre municípios, estados e a união e trouxe como inovação a padronização da forma de calcular os indicadores pactuados, bem como a maneira como deveriam ser avaliados. Em 2006, a Portaria GM/MS 493 aprovou a relação de indicadores da atenção básica e estabeleceu mecanismos e fluxos e prazos para o processo de pactuação das metas entre os gestores<sup>15,17</sup>.

O Pacto da Atenção Básica foi considerado um instrumento formal de negociação de metas, firmado pela maioria das Secretarias de Saúde de forma burocrática, por caracterizar-se como demanda do MS aos estados e municípios predominantemente normativa, pontual, fragmentada e desarticulada. Além disso, segundo os mesmos autores, esse acordo não foi incorporado como um instrumento de gestão na rotina das instâncias condutoras do SUS e não foi utilizado para monitorar a condição de saúde da população<sup>5,8,9,18</sup>.

Porém, à medida que haja consenso na escolha de prioridades e metas, a pactuação pode ser inovadora para a gestão do SUS, induzir à gestão orientada por resultados e favorecer a transparência e o controle social. Além disso, considera-se essa prática capaz de amenizar a improvisação na gestão da saúde. Tem-se que, o planejamento das ações centrado na melhoria das condições de saúde da população e o repasse de recursos condicionado à pactuação de metas de impacto epidemiológico podem estimular a participação popular e o papel dos conselhos de saúde e as comissões intergestores na análise e validação dos compromissos assumidos pelos gestores<sup>5,18</sup>.

### 3.2 O Pacto pela Saúde e o uso de indicadores de saúde

Em 2007, ocorreu a unificação do processo de pactuação e a realização do monitoramento do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) com o objetivo de melhorar o desempenho dos serviços e a condição de saúde da população. A Portaria GM/MS 91/2007 complementou essa mudança e regulamentou a unificação da pactuação de indicadores, ao integrar o PIAB à Programação Pactuada Integrada de Vigilância à Saúde (PPI/VS), a qual passou a se denominar Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde e incorporou os indicadores no Pacto pela Saúde (PS)<sup>19</sup>.

Assim, os indicadores do PS foram pactuados entre os entes federativos, organizados em dois grupos, principais e complementares, os últimos de pactuação opcional. Foi facultada aos gestores a eleição de outros indicadores de importância sanitária local-regional ou a proposição de alteração nas metas e parâmetros nacionais. Destaca-se que a seleção de indicadores ocorria a partir de um movimento dialógico entre o MS e as áreas técnicas dos estados<sup>3,19</sup>.

Os indicadores nacionais, publicados pelo MS, serviam de parâmetro para os acordos com as instâncias subnacionais e seguiam as prioridades elencadas no Pacto pela Vida, com revisão bianual pela CIT. Com isso, os indicadores passaram a ser pactuados nas CIT e CIB e os resultados divulgados por meio dos relatórios anuais dos municípios e dos estados, monitorados por intermédio do Sisacto<sup>19</sup>.

A pactuação deveria, entre outras diretrizes, guardar coerência com os pactos firmados e com os TCG, ser fundamentado pela análise da situação de saúde, com a identificação de prioridades de importância sanitária local-regional e a avaliação dos indicadores e metas pactuados em 2007. Além disso, o PS introduz nas regiões de saúde (RS) os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como uma nova instância de negociação intergovernamental no SUS, considerados como espaços de pactuação permanente e cogestão solidária, com assento dos gestores municipais e das representações estaduais, e da instância federal quando em áreas fronteiriças com outros países<sup>14,15,19,20</sup>.

Nesse sentido, o PS mudou consideravelmente a forma de pactuação do SUS e rompeu com os pactos realizados por meio de normas operacionais (Normas Operacionais Básicas - NOB e Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS), as quais visavam à

operacionalização do sistema, em detrimento do compromisso com resultados efetivos. Além disso, obrigou a repactuação anual e a gestão por resultados sanitários<sup>21</sup>.

Os autores citados também consideram que, a despeito dos avanços proporcionados, os instrumentos utilizados não modificaram a lógica de planejamento e pactuação intergovernamental, por não haver fortalecimento do planejamento regional; a dimensão territorial passou a ter mais conotação política do que normativa, tendo em vista as diversas configurações das redes assistenciais no Brasil<sup>21,22</sup>.

Alguns municípios e estados tenderam a aderir ao pacto, preferencialmente, motivados pelo recebimento de recursos financeiros, sem definição de mecanismos de monitoramento e avaliação das metas pactuadas. Dessa forma, os pactos, na maioria das vezes, foram conduzidos de forma cartorial, visando ao cumprimento dos ritos de habilitação preconizados pela legislação para o recebimento de verbas<sup>23</sup>.

Todavia, considera-se que o PS representou uma inflexão nas relações federativas, por enfatizar a necessidade de articulação de ações e cooperação intergovernamental em vários âmbitos da política de saúde, tentando ampliar as funções dos entes subnacionais na condução do processo de descentralização e regionalização no SUS. Isso ocorreu mesmo com a manutenção do poder regulador e indutor de políticas do nível federal tendo em vista a transferência de recursos<sup>23,24</sup>.

### **3.3 Pactuação de indicadores de saúde no advento do Decreto 7.508/2011**

A pactuação de indicadores baseou-se nas necessidades de saúde da população local, fruto de discussões permanentes nas CIR, CIB e CIT, o que subsidiaria a construção do Coaps regional, pela perspectiva do planejamento ascendente e integrado nas regiões de saúde. Para a elaboração dos primeiros contratos utilizou-se os indicadores do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão<sup>25</sup>.

No período de transição entre o PS e a assinatura do Coaps, a Resolução CIT nº 4/2012 definiu que a pactuação das prioridades, objetivos e metas seria composta a partir dos indicadores do período 2010-2011 (universais, específicos e complementares), os quais integrariam a parte II do contrato, tendo em vista a Portaria GM/MS 1580 de 2012 determinar

não ser necessária a assinatura dos TCG e as atribuições se tornarem obrigatórias para todos os entes<sup>26,27,28</sup>.

Quando estados ou municípios tivessem especificidades locais para realizar a pactuação deveriam utilizar os espaços da CIB ou CIR e formalizar os acordos no aplicativo Sispecto após a homologação pelas secretarias de saúde. A Resolução citada instituiu que os municípios e regiões de saúde que não assinassem o Coaps teriam assimiladas algumas prioridades do Pacto pela Vida, definidas por meio de oito diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS), expressas em 31 indicadores, dos quais 11 eram correlatos ao Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)<sup>26,27</sup>.

A Resolução CIT nº 5/2013, que dispõe sobre o processo de pactuação dos anos 2013-2015, foi inovadora no sentido de fortalecer o planejamento e a implementação do Coaps, ao editar rol único de indicadores com temporalidade trienal. Essa perspectiva estimularia a melhoria do acesso, qualidade e efetividade do sistema conforme o IDSUS, além de induzir a organização da rede de atenção com ênfase na regionalização<sup>29</sup>.

O rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores foi explicitado nos documentos de planejamento do SUS, em consonância com as diretrizes nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), as quais refletem a implantação de políticas prioritárias e respeitam a Lei Complementar nº 141/2012. Trinta e três (33) indicadores foram considerados universais e de pactuação obrigatória para todos os entes federados e, trinta e quatro (34) considerados específicos, quando de pactuação facultativa a partir das especificidades locais, no total de 67 indicadores<sup>29,30</sup>.

O fluxo de pactuação ficou condicionado à assinatura dos contratos. Para os entes que não os assinaram, a pactuação dependeria da validação nas CIR e CIB respectivas e da homologação das metas nos conselhos de saúde; após a homologação, ocorreria o registro no Sispecto. Para os demais entes, a pactuação aconteceria nas CIR com registro das metas municipais, regionais, das responsabilidades estaduais e nacionais da região de saúde<sup>29</sup>.

Para concretizarem-se as modificações, a Portaria GM/MS 2135/2013 extinguiu o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) e ratificou o planejamento ascendente, baseado nas necessidades de saúde da população, regionalizado e integrado e que deve

orientar a organização do sistema de acordo com as diretrizes nacionais e à luz da Lei Complementar nº 141/2012<sup>28,30</sup>.

#### **4. ELEMENTOS CONCEITUAIS**

Uma das conquistas sociais mais relevantes foi a elevação do direito à saúde como direito social fundamental das pessoas na Constituição Federal de 1988 e como garantia do Estado, resultado da redemocratização do país, da luta do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e reflexo da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Este direito seria assegurado por meio do desenvolvimento de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doenças e de agravos à saúde, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde<sup>31,32</sup>.

É relevante destacar que, antes da abertura política do país, a saúde não era considerada um direito social, mas, sim, um serviço público prestado pela Administração Central, restrito apenas a ações preventivas e ao exercício de poder de polícia da vigilância sanitária e epidemiológica. Além disso, as ações assistenciais não eram providas pelo poder público; a população sem recursos financeiros recorria às Santas Casas de Misericórdia e aqueles que podiam pagar compravam os serviços médicos da iniciativa privada<sup>33</sup>.

O federalismo sanitário foi o modelo institucional de organização política do Brasil na área da saúde, caracterizado pela definição das três esferas autônomas de gestão sanitária - União, estados e municípios. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi inaugurada a participação dos municípios na tríade de direção do SUS e, com isso, as competências comuns na execução da política de saúde<sup>33</sup>.

O SUS constitui o meio pelo qual o país afirma esse direito e essa garantia e rege-se por diretrizes da descentralização, atenção integral e participação da comunidade. Os dispositivos constitucionais foram regulamentados pela Lei 8080/90 - a qual estabelece a necessidade de repartição de competências sanitárias entre as esferas federativas e a Lei 8.142/90 - a qual fortalece a estrutura federativa ao regulamentar as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e ao estabelecer os conselhos de saúde - instâncias colegiadas que atuam na formulação e na execução da política de saúde<sup>34,35</sup>.

A descentralização das funções do estado instalou-se em meio à convergência e tensões entre projetos que visavam à modernização da relação do país com o mercado de forma mais liberal e outro que propunha a ampliação dos direitos sociais e a redemocratização<sup>24</sup>. Mesmo no contexto de disputas, a descentralização das ações e serviços públicos de saúde foi uma das estratégias que mais avançou e refletiu de forma marcante no crescimento da oferta de serviços no nível local, por meio de um movimento denominado municipalização autárquica, e foi criado um extenso arcabouço legal para a regulação desse processo<sup>36,37</sup>.

Nos anos 90, as Normas Operacionais Básicas (NOB) definiram as responsabilidades, os critérios de alocação de recursos e os mecanismos de financiamento, a fim de fortalecer a municipalização com a descentralização político-administrativa e a redefinição do modelo de atenção<sup>38</sup>. Com a edição da NOB SUS 01/96, os sistemas de saúde começaram a receber recursos conforme o perfil populacional, desigualdades locais-regionais, indicadores sanitários e epidemiológicos, entre outros parâmetros. Os mecanismos que proporcionaram mudanças na gestão descentralizada dos serviços de saúde foram a implantação do Piso Assistencial Básico (PAB), em seus componentes fixo e variável, e a Programação Pactuada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD)<sup>10</sup>.

Porém, a descentralização trouxe consequências, principalmente, a fragmentação da oferta e perdas na qualidade da atenção à saúde, impondo como desafio a necessidade de estruturação da rede de assistência<sup>39</sup>. Em decorrência, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), editadas em 2001 e 2002, enfatizaram a regionalização da saúde. Com isso, a gestão do SUS foi pactuada por níveis de competência e de complexidade da rede de serviços, o que induziu o estabelecimento de fluxos geográficos constantes nos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e o financiamento por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI)<sup>11,12</sup>.

Contudo, a efetivação da municipalização da saúde enfrentou resistências relacionadas à manutenção do fisiologismo, assistencialismo e clientelismo, demonstrados pelo conflito entre a execução das ações e serviços de saúde de forma direta pelo poder público ou pela contratação de serviços privados. Desse modo, a assistência à saúde manteve-se mais como perfil de benefício dado à população e utilizado como moeda de troca para fins eleitoreiros<sup>40</sup>.

Em 2003, após a assunção do governo nacional, novas práticas de descentralização entraram no foco das discussões dos atores sociais envolvidos com a política sanitária do país, tendo em vista a necessidade de substituição de processos e instrumentos antigos por práticas inovadoras, as quais induzissem à coordenação e cooperação entre os gestores do SUS, principalmente em relação à formulação de metas e objetivos que favorecessem o monitoramento e avaliação dos resultados das ações de saúde<sup>5,6,21</sup>.

A partir dessas discussões, em 2006, uma série de portarias ministeriais instituiu o Pacto pela Saúde (PS), após aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), com três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão; estabeleceu-se a redefinição das responsabilidades interfederativas quanto à integralidade da assistência à saúde<sup>41,42,43</sup>.

O PS utiliza-se de acordos em diversos âmbitos da gestão e atenção à saúde para formalizar a relação intergovernamental, coma adesão estabelecida pela assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), após a aprovação e homologação nas comissões intergestores bipartite e tripartite. Os termos continham as atribuições e responsabilidades sanitárias nacionais, os objetivos e as metas associadas a um conjunto de indicadores de saúde que serviriam para o monitoramento e avaliação do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão<sup>41,42,43</sup>.

O Pacto pela Vida teve como prerrogativa a execução de ações de saúde, ao buscar resultados sanitários relevantes para a mudança da situação de saúde da população, bem como compromissos orçamentários e financeiros estabelecidos em consonância com as prioridades elencadas nos espaços de cogestão do SUS. Para isso, as prioridades foram subdivididas em: saúde do idoso, controle do câncer de colo do útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica<sup>21,43</sup>.

Por conseguinte, o Pacto em Defesa do SUS explicitou o compromisso dos gestores em defender a garantia do direito à saúde como direito de cidadania e reforçou a importância do SUS como política pública. Além disso, essa dimensão endossou os princípios basilares sustentados pelo Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e inscritos na Constituição Federal de 1988, priorizou a repolitização da saúde com a mobilização social em busca da

regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, bem como elaborou e divulgou a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS<sup>21</sup>.

Por fim, o Pacto de Gestão estabeleceu como prioridades a definição da responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS a fim de superar o processo de habilitação dos municípios, bem como enfatizou o aprimoramento da gestão a partir das diretrizes de descentralização, regionalização, financiamento, PPI, participação social, planejamento, regulação, gestão do trabalho e da educação na saúde<sup>21,40,41</sup>.

Essa dimensão do pacto teve como objetivos a desburocratização dos processos normativos conduzidos pela instância federal, o reforço da territorialização da saúde para organização dos sistemas municipais e estimulou a estruturação das regiões de saúde e dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). Para isso, foram unificados os repasses federais com a criação de cinco blocos para transferência de recursos do SUS: atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos da saúde<sup>21,40,41</sup>.

Com essas mudanças, houve o resgate do caráter político da organização levando-se em consideração a diversidade do território brasileiro. Além disso, o PS impulsionou o protagonismo dos estados na condução da política de saúde e restringiu o papel do nível federal ao transferir para os espaços regionais o processo de negociação e decisão intergovernamental. Em síntese, houve um reforço da articulação e cooperação interfederativa e ênfase à descentralização e à regionalização como diretrizes primordiais para a efetivação do direito à saúde<sup>21,40,41</sup>.

O Decreto 7.508/2011, o qual regulamentou a Lei 8080/90, inaugurou a regionalização a partir de contratos interfederativos, a fim de garantir segurança jurídica nas relações interfederativas. A partir do Coaps se instituí as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentárias e avaliativas no cumprimento dos objetivos e metas, bem como as atribuições de cada ente na prestação das ações e serviços de saúde. Com a assinatura dos contratos, pretendeu-se dar transparência a gestão do sistema, favorecer a integração da política de saúde com os instrumentos de planejamento regional e principalmente, fortalecer o controle social<sup>22,26,44,45</sup>.



As mudanças impostas privilegiaram o espaço regional como território para a indução da política de saúde, financiamento e estruturação das redes de atenção e garantia da integralidade da atenção à saúde. Para isso, validaram-se as instâncias de cogestão e deliberação do SUS e, além dessas, criou-se a Comissão Intergestores Regional (CIR) em substituição às CGR, para que os gestores e técnicos elaborassem e pactuassem as responsabilidades sanitárias compartilhadas e coordenassem a regionalização da atenção à saúde<sup>45,46</sup>.

O decreto visou superar a fragmentação do planejamento do SUS e incorporou inovações na gestão do sistema, como o Mapa da Saúde, a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde, a Relação Nacional de Medicamentos (Rename) e a Relação Nacional de Serviços de Saúde (Renases). Ressalte-se que o Mapa da Saúde compõe um cenário com as informações sobre a situação de saúde da população, os serviços de saúde, fluxos, redes e investimentos públicos e com a produção e desempenho do sistema de serviços de saúde que integram a Região de Saúde (RS). Essa ferramenta deve ser utilizada para determinar as necessidades de saúde e definição de ações e metas pelos gestores<sup>45,46</sup>.

Entende-se que uma das questões mais relevantes na política de saúde é a garantia do direito da população à saúde, a partir do acesso universal aos serviços e da integralidade da assistência. Nesse contexto, a análise sistemática da situação de saúde a partir do uso de indicadores pode colaborar para subsidiar a tomada de decisão, a solução de problemas e ajudar a identificar melhores rumos<sup>47</sup>.

Indicadores de saúde são parâmetros usados com o objetivo de avaliar, a partir do ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos e contribuir para o planejamento em saúde. Em termos gerais, são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões da situação de saúde de uma população, as quais devem refletir o estado de saúde e monitorar as condições de saúde da população. Considerando-se a possibilidade de utilização desses para avaliar e monitorar os serviços de saúde, a qualidade da coleta e dos registros dos dados são fatores importantes para conferir-lhes fidedignidade. Atributos como a existência de validade, confiabilidade, especificidade, sensibilidade, relevância e custo-efetividade podem definir se o indicador é bom ou não<sup>47,48,49</sup>.

Pela perspectiva de que os indicadores de saúde são utilizados para produzir informação, torna-se imprescindível monitorar sua qualidade como forma de contribuir para

maior confiança pelos usuários e, dessa maneira, permitir o uso adequado no fortalecimento e operacionalização dos serviços de saúde<sup>49</sup>. Por meio de indicadores de processo monitora-se o rendimento das atividades realizadas na atenção à saúde e os indicadores de resultado ou impacto são utilizados para avaliar as transformações no estado de saúde, determinantes e fatores de risco. Com isso, ocorre o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo<sup>50</sup>.

Como a informação descreve uma situação real a partir de um referencial explicativo, a busca de sua qualidade é prerrogativa essencial para a análise da situação de saúde e posteriormente, para a tomada de decisão baseada em evidências. Mesmo que não existam consensos, considera-se que uma informação tem qualidade quando está apta ou conveniente para o uso, tendo como parâmetro a necessidade do usuário. Nesse contexto, para ser útil, a informação precisa atender a dimensões de qualidade como: acessibilidade, clareza metodológica, cobertura, completitude, confiabilidade, consistência, não duplicidade, oportunidade e validade<sup>49,51</sup>.

Ressalta-se que os métodos mais comumente utilizados nos estudos sobre qualidade da informação são: painel de especialistas, busca ativa de registros, comparação com critérios, análise descritiva de indicadores de distintos bancos de dados, análise descritiva de indicadores do próprio banco de dados, concordância entre avaliadores, relacionamento entre registros e série temporal<sup>51</sup>.

## 5. REFERÊNCIAS

1. CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **A Saúde da Bahia no Contexto das Eleições 2014. Documento para debate**, ago. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/08/a-saude-da-bahia>>. Acesso em: 10 out. 2014.
2. BAHIA. Secretaria do Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015**, dez. 2012. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/images/stories/profissional\\_e\\_gestor/gestao\\_da\\_saude/RBSP\\_Suplemento\\_2012\\_completo\\_02mar2013.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/images/stories/profissional_e_gestor/gestao_da_saude/RBSP_Suplemento_2012_completo_02mar2013.pdf)>. Acesso em 11 abr. 2013.
3. FELISBERTO, E. **Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes**. Rev Bra de Saúde da Família 2004. Edição Especial, Brasília, p.25-29.
4. RIBEIRO, P. T. **A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 819-828. ISSN 1413-8123. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300017&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 11 de abr. 2013.
5. ARAÚJO, M. A. D. **Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil**. Rev Panam SaludPublica,27(3), 2010.
6. MENICUCCI, T. M. G. **A política de saúde no governo Lula**. Saúde soc. [online]. 2011, vol.20, n.2, pp. 522-532.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 832, 28 de junho de 1999**. Programa de Atenção Básica (PAB). Diário Oficial da União, Brasília, n.122-E, 29 de junho 1999.
8. MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. **Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS**. Div Saúde Debate 2000; (21): 15-28.
9. BASTOS, M. M. A. **Avaliação da implementação do pacto de indicadores da atenção básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil**. Dissertação-Fiocruz, Rio de Janeiro: s.n., 2009. Disponível em:<<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1755>>. Acesso em: 11 de abr. 2013.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília,v.64, n.21 6, p. 22932, 6 nov. 1996.
11. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 95. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União 2001; 29 jan.

12. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, v. 89, n. 40E, p.52, 28 de fevereiro de 2002.
13. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 548, de 12 de abril de 2001**. Aprova o documento Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda e Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.73E, p.18, 16 abr. 2001. Seção 1.
14. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 723, de 10 de maio de 2001**. Pacto de Indicadores da Atenção Básica para o ano de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 11 de maio 2001.
15. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 21, de 5 de janeiro de 2005**. Aprova a Relação dos Indicadores da Atenção Básica – 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005.
16. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto dos indicadores da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (Informe da Atenção Básica, 19).
17. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 493, 10 de março de 2006**. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.
18. CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 8(2):569-584, 2003.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 91 de 10 de janeiro de 2007**. DATASUS/OUTUBRO DE 2007. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2007.
20. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 325 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 sua pactuação. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>. Acesso em 15 mai. 2014.
21. MACHADO, R. R.; COSTA, E.; ERDMANN, A. L.; ALBUQUERQUE, G. L.; ORTIGA, A. B. **Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação**. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2009, n. 11; v. 1, p. 181-187.
22. ALBUQUERQUE, M. V. **O Enfoque regional na política de saúde brasileira (2001 – 2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01042014-114150/pt-br.php>. Acesso em 20 de jan. 2014.

23. GUERREIRO, J. V., BRANCO, M. A. F. **Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.3, pp. 1689-1698. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300006>>. Acesso em: 11 de abr. 2014.
24. LIMA, L. D.; VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V.; ALBUQUERQUE, M. V.; OLIVEIRA, R. G.; IOZZI, F. L.; SCATENA, J. H. G.; MELLO, G. A.; PEREIRA, A. M. M.; COELHO, A. P. S. **Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais.** Ciência e Saúde Coletiva 2012; 17(11): 2891-2892.
25. MELO, C. F.; LEITE, M. J. V. F.; CARVALHO, J. B. L. F.; SILVA, E. R.; AQUINO, G. M. L.; MACEDO, C.; FREIRE, F. H. M. A. **As gestões municipais e o uso das informações no Pacto pela Saúde no estado do Rio Grande do Norte.** HOLOS, Ano 28, Vol 6, 2012.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: Decreto 7508, de 2011 - Informes Técnicos Institucionais.** Rev Saúde Pública 2011; 45(6):1206-7.
27. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução 4. **Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 jul. 2012. Disponível em: <[http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/resolucao4\\_200712.pdf](http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/resolucao4_200712.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2014.
28. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 26 setembro de 2013.
29. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução 5. **Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 jun. 2013. Disponível em: <[http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/resolucao\\_indicadores\\_2013\\_2015.pdf](http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/resolucao_indicadores_2013_2015.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2014.
30. \_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm)>. Acesso em 20 de jan. 2014.
31. \_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.
32. SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 36ª Edição, revista e atualizada (até a Emenda Constitucional n. 71 de 29.11.2012).
32. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 698 de 30 de março de 2006.** Define o Financiamento tripartite no custeio das ações de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

33. DOURADO, D. A., DALLARI, S. G., ELIAS, P. E. **Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da Regionalização no Sistema Único de Saúde.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 12, n. 3, p. 10-34 Nov.2011/Fev.2012.
34. BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.
- 35.\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.
36. PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2004.
37. VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. **Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde.** Cien Saúde Colet[online].2009, vol.14 (3),pp. 807-817.ISSN 1413-8123. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300016>>.Acesso em: 10 de abr. de 2014.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 545 de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, Brasília, 1993. Diário Oficial da União, Brasília, v. 81, n.96, p. 6960, 24 maio 1993.
39. DOURADO, A. D; ELIAS, M. E. P. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro.** Revista de Saúde Pública 2011; vol. 45, São Paulo, fev. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/?lang=pt.>> Acesso em: 15 de mar. 2014.
40. SOLLA, J. J. S. P. **Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”.** Rev Baiana de Saúde Pública 2006; 30(2):332-348.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 23 de fevereiro de 2006. Seção 1, p.43.
42. SAUTER, A. M. W; GIRARDON-PERLINI, N. M. O; KOPF, A. W. **Política de regionalização da Saúde: das Normas Operacionais ao Pacto pela Saúde.** remE– Rev. Min. Enferm 2012; 16(2): 265-274, abr./jun.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 698 de 30 de março de 2006.** Define o financiamento tripartite no custeio das ações de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

44. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 699 de 22 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.
45. TAVARES, F. A.; LIMA, M. S.; PEREIRA, L. D.; SANTOS, M. C. P.; NICOLATO, B. C. S. **Novas perspectivas na gestão para resultados na saúde em Minas Gerais: A implantação dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Saúde.** Congresso Central de Gestão Pública. Centro de Convenção Ulysses Guimarães. Brasília-DF, 16 a 18 de abril de 2013.
46. CARNEIRO, P. S.; FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. **A Dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação.** *Saúde Debate.* Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 57-68, jan-mar 2014.
47. OPAS. IPEA. VIANA, S. M. (org) NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento.** Brasília: OPAS/IPEA, 2001.
48. BRASIL. OPAS. RIPSAs - **Rede Interagencial de Informações para a Saúde: Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2002. 1ª ed. Brasília: OPAS, 2002.
49. BRANCO, M. A. F. **O uso da informação em saúde na gestão municipal: para além da norma.** In: Freese E. (Org.). *Municípios: a gestão da mudança em saúde.* Recife: Ed. Universitária; 2004.p.77-89
50. MOTA, E; CARVALHO, D. M. T. **Sistemas de Informação em Saúde.** In: Rouquayrol MZ. Almeida-Filho N (editores). *Epidemiologia & Saúde.* Rio de Janeiro: Medsi, 6ed, 2003; 605-28.
51. LIMA, C. R. A; SCHRAMM, J. M. A.; COELI, C. M.; SILVA, M. E. M. **Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde.** *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 25(10):2095-2109, out, 2009.

## **6. ARTIGO**

### **PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA NA BAHIA: DESEMPENHO DOS INDICADORES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES DO SISPACTO.**

**Tatiana Cerqueira Machado\***

**Eduardo Mota\*\***

**\*Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - ISC/UFBA.**

**\*\*Professor Associado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - ISC/UFBA.**



# **PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA NA BAHIA: DESEMPENHO DOS INDICADORES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES DO SISPACTO.**

## **RESUMO**

No Brasil, a necessidade de aprofundar os processos de descentralização e regionalização consta da agenda da saúde desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o objetivo de estudar os indicadores da vigilância epidemiológica aplicados na pactuação interfederativa na Bahia, no contexto do Decreto 7.508/2011 e da Lei Complementar 141/2012, entre 2012 e 2014, foi realizado um estudo ecológico com dados secundários dos indicadores selecionados, tendo as 28 regiões de saúde como unidades de análise. Avaliou-se o desempenho regional e estadual, além da qualidade das informações do Sistema de Pactuação de Indicadores (Sispacto). O estudo evidenciou desempenho favorável, com fragilidades apontadas pela oscilação no cumprimento de metas e parâmetros. Emerge dos dados comprometimento da qualidade do Sispacto pela pouca confiabilidade das informações. Mesmo que a pactuação seja uma estratégia para a efetivação do direito à saúde, sabe-se que os indicadores de saúde contribuem com melhores resultados sanitários, quando pautados em informações que permitam a tomada de decisão.

**Palavras-Chave:** Vigilância Epidemiológica; Sispacto; Indicadores de saúde.

**INTERFEDERATIVE PACT IN BAHIA: PERFORMANCE  
INDICATORS OF EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE AND QUALITY  
INFORMATION OF SISPACTO.**

**ABSTRACT**

**SUMMARY**

In Brazil, the necessity of deepening the processes of decentralization and regionalization consists of the diary of the health from the creation of the Unified Health System (SUS). With the objective to study the indicators of surveillance applied in interfederative pact in Bahia, in the context of the Decree 7,508/2011 and of the Complementary Law 141/2012, between 2012 and 2014, an ecological study was carried out with secondary data of the selected indicators, taking 28 regions of health as unities of analysis. At the analysis the regional and state performance was valued, besides the quality of the information indicators for negotiation system (Sispacto). The study showed favorable performance, with weaknesses when they were pointed by the oscillation in the fulfillment of marks and parameters. Emerging data compromised quality of Sispacto the poor reliability of the information. Even if the pact is a strategy for ensuring the right to health, it is known that health indicators contribute to better health outcomes when guided by information allowing the decision making.

Key words: Epidemiological Surveillance; Sispacto; Health Indicators.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a necessidade de aprofundar os processos de descentralização e regionalização integra a agenda das políticas públicas de saúde desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), várias iniciativas foram tomadas para melhorar sua qualidade e superar as dificuldades próprias do sistema. Nesse contexto de priorização do tema, é fundamental o monitoramento do desempenho dos sistemas municipais de saúde no que tange à execução das ações e serviços de saúde<sup>1,2,3</sup>.

Uma estratégia utilizada pela instância nacional tem sido a pactuação de indicadores, com base em um processo de negociação de metas e ações orientadas por problemas prioritários. Tal estratégia reforça o papel da epidemiologia no monitoramento da situação de saúde da população e na qualificação da gestão do sistema de saúde<sup>4</sup>.

Essa pactuação tem sido realizada por meio de diferentes iniciativas e teve início com o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (PIAB), considerado como instrumento nacional para reorganização do modelo de atenção à saúde, o qual propiciou a incorporação de mecanismos de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde<sup>5,6</sup>.

Em sequência, o Pacto pela Saúde (PS) trouxe como inovação a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) pelos entes subnacionais, no qual estavam descritas as prioridades sanitárias elencadas no Pacto pela Vida expressas a partir de objetivos, metas e indicadores pactuados anualmente e monitorados pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do Sistema de Pactuação de Indicadores (Sispacto)<sup>7,8,9</sup>.

E, por fim, a Pactuação interfederativa que ocorreu com a edição do Decreto 7.508/2011, o qual aboliu a necessidade de assinatura do TCG e instituiu o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (Coaps), tornando a pactuação de indicadores obrigatória para todos os entes federados, independentemente da existência da contratualização<sup>10,11,12</sup>.

Essa última estratégia de pactuação de indicadores tem sido utilizada pelos estados e municípios brasileiros desde 2012. Para este ano, considerado como de transição, foi utilizado um elenco de indicadores de saúde, os quais mantiveram correlação com as diretrizes

prioritárias do Plano Nacional de Saúde (PNS). A partir de 2013, o processo de pactuação trouxe um rol de 67 indicadores de saúde para o triênio 2013-2015<sup>10,11,12</sup>.

Para a vigilância em saúde, somadas à edição da Lei 141/2012 – que regulamenta a Constituição Federal e dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados pelos entes e estabelece os critérios de rateio dos recursos e normas de acompanhamento das despesas com saúde, essas iniciativas reforçaram a importância do uso de indicadores da vigilância epidemiológica na avaliação da oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial, com vistas à qualificação da gestão e melhoria da situação de saúde da população<sup>13</sup>.

Além deste enfoque, o estudo da qualidade das informações reveste-se de grande importância para a pactuação interfederativa, à medida que as normatizações existentes orientam a utilização de indicadores pactuados na avaliação e monitoramento da prestação da assistência à saúde pelos entes subnacionais<sup>14,15</sup>.

Nessa perspectiva, se a qualidade da informação é condição essencial para a implementação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde, entende-se que o estudo da qualidade dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) pode contribuir para melhor análise da situação sanitária, tomada de decisão da gestão baseada em evidências e na realização da programação das ações de saúde<sup>16</sup>.

Na revisão de literatura, não se encontraram estudos que abordem a temática do desempenho dos indicadores pactuados da vigilância epidemiológica e da qualidade do Sispecto (Sistema de Pactuação de Indicadores). Assim, por se entender que a pactuação interfederativa, a partir de metas e indicadores nacionais, constitui-se importante ferramenta para qualificar e avaliar as ações e serviços de saúde, o objetivo do artigo é apresentar os resultados do estudo dos indicadores da vigilância epidemiológica aplicados à pactuação interfederativa na Bahia, no contexto do Decreto 7.508/2011 e da Lei Complementar 141/2012, entre 2012 e 2014, e da qualidade das informações Sispecto.

Espera-se contribuir para o acúmulo de informações nessa área, subsidiar a estruturação das ações descentralizadas de vigilância epidemiológica a partir do aprimoramento dos acordos interfederativos.

## METODOLOGIA

Neste estudo foram realizadas duas análises: a primeira refere-se à análise do desempenho dos indicadores da vigilância epidemiológica aplicados na pactuação interfederativa, a partir do cálculo do resultado médio de cada indicador e do cumprimento das metas e alcance dos parâmetros, por região de saúde (RS) e estado da Bahia, no período de 2012 a 2014; a outra corresponde à avaliação da qualidade das informações do Sispecto, por meio da análise da confiabilidade dos resultados de cada indicador.

A Bahia, local da pesquisa, é um estado do nordeste brasileiro e tem o território dividido em 417 municípios. Para atuação regionalizada da política de saúde, possui nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e 28 regiões de saúde. A população residente, em 2014, segundo estimativa do Censo Demográfico 2010, foi de 15.126.371 habitantes, distribuídos em aproximadamente 565km<sup>2</sup>, o que lhe conferiu a 15ª maior densidade demográfica do país (24,8 habitantes/km<sup>2</sup>). O produto interno bruto (PIB), da ordem de R\$ 159.869.000,00 bilhões, possibilita uma renda *per capita* acima de R\$ 11 mil, com índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,660 e índice de Gini de 0,56, 22º e 24º resultados do país, respectivamente<sup>17,18</sup>.

Para realizar a pesquisa, selecionaram-se os indicadores da vigilância epidemiológica, os quais, em atendimento à Lei Complementar 141/2012 compõem o Relatório Quadrimestral de Gestão (RDQ), bem como participam do rol de indicadores instituídos a partir do Decreto 7.508/2011<sup>20</sup>. Nesta categoria, encontravam-se os indicadores: número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado, proporção de óbitos infantis e fetais investigados, proporção de óbitos maternos investigados, proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados e número absoluto de óbitos por dengue.

As variáveis consideradas no estudo foram: unidades de saúde notificantes, casos acumulados, casos por unidade de saúde (US) notificante, proporção de notificação, proporção média, óbitos acumulados e óbitos investigados.

Levantaram-se metas e resultados dos indicadores no Sispecto - aplicativo virtual utilizado para registro das metas pactuadas e homologadas pelos gestores e por meio da tabulação de dados no Datasus. Para fins de comparação, coletaram-se os mesmos resultados

no sítio virtual da Suvisa/Sesab, para os dados da vigilância da mortalidade infantil, fetal e materna nos relatórios de acompanhamento municipal e no aplicativo Tabwin, para os dados de notificação de violência e óbito por dengue, no período de 2012 a 2014. Os dados foram tabulados na base estadual do SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) e Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)<sup>19,21,22,23,24,25,26</sup>.

Considerou-se que as metas regionais seriam o somatório das metas pactuadas pelo conjunto dos municípios das referidas RS, para os indicadores “número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado” e “número absoluto de óbitos por dengue”. Para os indicadores “proporção de investigação de óbitos infantis e fetais, proporção de investigação de óbitos maternos e proporção de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil” assumiu-se a mesma meta pactuada pelo estado.

Na análise do desempenho, a princípio, calculou-se o resultado médio de cada indicador, por RS e ano. Levantou-se o total acumulado de unidades de saúde (US) notificantes de violências e de óbitos absolutos por dengue, e calculou-se a proporção de notificação. Para os indicadores da vigilância dos óbitos infantis, fetais e maternos calculou-se a proporção média de investigação dos óbitos, a partir da tabulação do número absoluto de óbitos e das investigações realizadas e obteve-se o resultado por RS e estado. Em seguida, para a análise do cumprimento de metas e alcance dos parâmetros estadual e nacional, após a comparação, por meio de inspeção visual, das metas e resultados alcançados pelos indicadores, calculou-se a proporção de RS que cumpriu a meta pactuada e alcançou os parâmetros por indicador e ano.

Adicionalmente, calculou-se a proporção de RS que cumpriu as metas e alcançou os parâmetros, por indicador e ano, visando identificar a participação proporcional das RS no desempenho do estado da Bahia e conhecer aquelas com os melhores resultados no período analisado.

Para realizar a avaliação da qualidade das informações do Sispacto, realizou-se comparação entre os resultados encontrados nos sistemas a partir da inspeção visual; ou seja, entre os sistemas Sispacto e Sinan, para os indicadores de notificação de violência e de óbitos por dengue; e Sispacto e SIM, para os indicadores de vigilância dos óbitos infantis, fetais e maternos. Após essa fase, calculou-se a proporção de resultados presentes em ambos

os sistemas por indicador, RS e ano e procedeu-se com o cálculo da proporção de resultados concordantes.

Considerou-se como possibilidade de que, na ausência do resultado do indicador, poderia ocorrer:(a) ausente no Sispacto e presente no SIM ou Sinan;(b) presente no Sispacto e ausente no SIM ou Sinan, ou (c) ausente em ambos (Sispacto/Sinan ou Sispacto/SIM); na presença do resultado em ambos os sistemas, as possibilidades seriam: (a) concordante (as informações são idênticas) e (b) discordante (as informações não são idênticas).

O programa Excel® 2010 foi utilizado na consolidação e análise dos dados.

Ressalta-se que se seguiram as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que o trabalho encontra-se de acordo com os princípios éticos que envolvem a utilização de dados secundários em pesquisa, não apresenta riscos a seres humanos e que os dados foram utilizados para alcançar os objetivos descritos.

## **RESULTADOS**

Observa-se, na Tabela 1, que ocorreu notificação de violência doméstica, sexual e outras violências na Bahia em todos os anos, com 19.837 casos notificados. Foram 1.652 unidades de saúde (US) notificantes, distribuídas nas 28 regiões de saúde (RS). Em média, mais de 500 US por ano notificaram violência. As RS Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista obtiveram maiores proporções médias de notificação, com 42,1%, 10,2% e 6,9%, respectivamente. Porém, o maior número de atendimentos ocorreu nas RS Salvador e Barreiras, com 122,8 e 60,0 casos notificados por US.

Em relação aos óbitos infantis e fetais, ocorreram 19.594 no estado; desses, 9.561 foram investigados, o equivalente à proporção média de 48,8%. A maioria das RS (22) apresentou proporções médias acima da meta assumida pela Bahia em 2014 (47%). Foram exceção as RS Salvador, Jacobina, Irecê, Guanambi, Feira de Santana e Ilhéus, as quais apresentaram proporções médias de 14,6%; 27,8%; 35,9%; 43,1%; 46,2% e 46,9% respectivamente.

Ocorreram 405 óbitos maternos no período realizaram-se 301 investigações, o equivalente à proporção média de 42,7%. As RS Guanambi, Ibotirama, Itabuna, Itapetinga e Porto Seguro realizaram 100% de investigações no período. Contudo, as RS Jacobina, Cruz das Almas, Ilhéus e Serrinha sequer conseguiram alcançar 50% de investigação.

Dos 9.950 óbitos de MIF registrados, foram investigados 6.272, o equivalente a 63%. Metade das RS (14) obteve resultado médio acima de 70% (meta pactuada pela Bahia em 2014). Contudo, as RS Jequié, Ilhéus, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Jacobina, Irecê, Camaçari e Salvador obtiveram resultados médios abaixo do esperado. Nesse período, ocorreram 61 óbitos por dengue, concentrados nas RS Salvador (18), Jacobina (6), Feira de Santana (5), Guanambi (5) e Jequié (5). A RS Salvador registrou a maior participação proporcional de óbitos no período (30%).

Na Tabela 2, verifica-se que o desempenho do estado, quanto ao cumprimento das metas e alcance dos parâmetros, conformou-se de maneira heterogênea no espaço regional. Dessa maneira, para o indicador “número de unidades de saúde com o serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado”, a Bahia cumpriu 68% (2012), 113% (2013) e 95% (2014). Somente as RS Brumado (2012), Ibotirama, Jacobina e Salvador (2013) e Cruz das Almas (2014) cumpriram metas, o equivalente à proporção de 3,6%; 10,7%; 3,6%. Ressalta-se que, 82,1% (23) das RS não cumpriram as metas. E, na análise do alcance dos parâmetros, apenas as RS Brumado (2012) e Ibotirama (2013) conseguiram atingir o proposto como meta estadual e a RS Cruz das Almas alcançou a meta nacional em 2012.

O indicador “proporção de óbitos infantis e fetais investigados” conseguiu atingir 120% (2012), 115,7% (2013) e 78,7% (2014). A maioria das RS cumpriu a meta, com proporção de 89,3% (2012), 85,7% (2013); exceto para 2014, com 46,4%. Destaca-se que metade das RS cumpriu as metas em todos os anos. Em contrapartida, as RS Irecê, Jacobina e Salvador em nenhum dos anos cumpriram a meta. Esses resultados refletem o alcance do parâmetro estadual. Quanto ao alcance do nacional, verifica-se que a Bahia teve bons resultados, exceto em 2014, e que a RS Salvador em nenhum dos anos o alcançou.

Para o indicador “proporção de óbitos maternos investigados” a meta pactuada na Bahia foi cumprida em 87% (2012), 80% (2013), 50% (2014) e foi cumprida por 57,1% (2012), 60,7% (2013) e 17,8% (2014) das RS. Destaca-se que as RS Guanambi, Ibotirama,



Itabuna e Porto Seguro cumpriram-na em todo período, ao contrário das RS Camaçari, Irecê, Serrinha e Vitória da Conquista. Esses resultados refletem também o alcance dos parâmetros estadual e nacional, ou seja, 100% de investigação nos municípios, RS e estados.

Observa-se que o indicador “proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados” teve a meta cumprida em 105% (2012), 97% (2013) e 65% (2014). A proporção de RS que o cumpriu foi de 75% (2012), 75,% (2013) e 21,4% (2014). Observa-se que somente as RS Brumado, Itapetinga, Porto Seguro, Seabra, Serrinha e Teixeira de Freitas cumpriram as metas em todos os anos. Em contrapartida, as RS Camaçari, Irecê, Jacobina, Salvador e Vitória da Conquista não o conseguiram em nenhum dos anos. Os resultados são os mesmos no alcance do parâmetro estadual. E, quanto ao parâmetro nacional, 71,4% (2012), 67,8% (2013) e 21,4% (2014) das RS alcançaram-no.

Em relação ao indicador “número absoluto de óbitos por dengue”, o estado teve 33% de incremento em 2012 e redução de 27% e 42% nos anos 2013 e 2014. Deixaram de ocorrer 10 óbitos, o equivalente a 6,4% de redução. A proporção de RS que cumpriu a meta foi 46,4% (2012 e 2013) e 39,3% (2014). Somente as RS Camaçari, Ibotirama, Irecê, Porto Seguro, Ribeira do Pombal e Santa Maria da Vitória cumpriram as metas no período. Destaca-se a RS Guanambi por não cumpri-las em nenhum ano. Esses resultados refletem o alcance dos parâmetros estadual e nacional

Na Tabela 3, pode-se verificar que 44,3% (186) de todos os registros nos sistemas analisados estavam sem a informação do resultado; 54,8% (102) na comparação Sispacto/Sinan e 45,2% (84) para Sispacto/SIM. Dos 234 (55,7%) registros com resultado presente em ambos os sistemas foi realizada análise de concordância por indicador, RS e ano; encontraram-se 28,7% (68) de concordância (62,1% Sispacto/Sinan e 16,1% Sispacto/SIM).

Na comparação entre o Sispacto/Sinan observaram-se maiores inconsistências para o indicador de notificação de violências em 2012 e 2013. Encontraram-se 66,7% do registro de resultado ausente no Sispacto. E, na presença da informação em ambos os sistemas, os resultados concordaram apenas em 17,9%. Quanto ao indicador relacionado à mortalidade por dengue, observou-se maior inconsistência em 2013. Encontrou-se a informação ausente em 54,8% e somente em 31% dos registros houve concordância.

No que se refere aos resultados da comparação entre o Sispecto/SIM para os indicadores da vigilância dos óbitos infantis e fetais, maternos e MIF, verifica-se no ano 2012 maior ausência de resultados no Sispecto. Ressalta-se que em mais de 60% dos registros encontrou-se presença da informação, porém, apenas o indicador “proporção de óbitos maternos investigados” obteve concordância de 32,1%. Nos outros houve 100% de discordância.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados do estudo indicam que a pactuação de indicadores da vigilância epidemiológica produziu desempenho favorável na Bahia em relação à implementação da notificação de violência doméstica, sexual e outras violências, no fortalecimento da vigilância dos óbitos infantis, fetais e de mulheres em idade fértil (MIF) e na redução de óbitos por dengue, excetuando-se a investigação dos óbitos maternos. Porém, a avaliação aponta também que não houve homogeneidade espacial, algumas regiões de saúde (RS) se destacaram com os melhores e outras com os piores resultados para diferentes indicadores.

Esse fato pode ser explicado pela situação de cumprimento das metas pactuadas. O estado teve cumprimento não linear no período, com destaque para o ano 2014 como pior; não homogêneo no espaço regional, no qual se evidenciaram bons resultados alcançados pelas RS Brumado, Ibotirama e Porto Seguro e o distanciamento da RS de Irecê, seguida pelas RS Camaçari, Jacobina, Salvador e Vitória da Conquista. Além disso, os resultados diferenciam-se por indicador: a notificação de violências teve o pior cumprimento de metas pelas RS. Situação diversa do indicador de mortalidade por dengue, para o qual somente a RS Guanambi não logrou êxito. A vigilância dos óbitos infantis e fetais teve cumprimento de meta pela maioria das RS (22). Para a vigilância dos óbitos de MIF, a metade (14) das RS cumpriu a meta esperada. Porém, no que concerne à análise dos óbitos maternos, verifica-se que apenas cinco RS conseguiram alcançar 100% da investigação (Guanambi, Ibotirama, Itabuna, Itapetinga e Porto Seguro).

No caso da notificação de violências, presume-se que a existência do serviço poderia ser justificada pelas iniciativas governamentais de enfrentamento da morbimortalidade por

acidentes e violências e política de promoção da saúde. Fato também apontado por estudo realizado em Belém do Pará, o qual ressalta a importância da obrigatoriedade da notificação e da estruturação da rede<sup>27</sup>. Porém, como referido no estudo realizado em uma unidade hospitalar, a dificuldade no cumprimento das metas pode estar relacionado ao compromisso dos profissionais de saúde<sup>28</sup>. Ressalte-se que as fragilidades do indicador: inexistência de vigilância ativa, indefinição da unidade notificante, falta de relação entre a existência do serviço de notificação e a disponibilidade de atenção ao paciente, e a utilização de parâmetros confusos no processo de pactuação, - podem ter dificultado sua análise, bem como a proposição de metas<sup>29</sup>.

No que se refere à vigilância do óbito fetal, infantil e MIF, conforme aponta análise do MS, os bons resultados podem estar relacionados aos esforços para institucionalização dessa política, por meio de normas, instrumentos formais e da pactuação de indicadores, o que não teve o mesmo efeito para a investigação dos óbitos maternos<sup>30</sup>. A redução de óbitos por dengue pode ser justificada pelo investimento na qualificação da atenção básica e especializada e notificação oportuna dos casos graves. Estudo realizado em Santa Cruz do Sul também aponta esse fator como relevante para a oferta de atenção de melhor qualidade, fazendo com que as metas de indicadores sejam mais facilmente atingidas<sup>31</sup>.

Os resultados no cumprimento de metas podem sugerir que a pactuação ocorreu baseada mais no desejo do alcance e menos nas ações executadas para este fim. Outro agravante, apontado em estudo realizado em Minas Gerais, é o tempo disponível entre a pactuação e a realização de ações e serviços com este fim, o que pode ter acontecido na Bahia, tendo em vista que o processo de pactuação ocorreu nos meses finais dos anos analisados<sup>32</sup>. Observou-se, quanto aos parâmetros estadual ou nacional, que os resultados devem-se à posição coadjuvante da esfera estadual na execução da política de saúde, em vista de depender da condição objetiva ou vontade política da gestão local de empreender esforços para cumpri-los. Para o ano 2014, supõe-se que os piores desempenhos podem ser explicados pelo fechamento das bases de dados principalmente para a investigação de mortalidade, a qual ocorre no final do ano subsequente<sup>35</sup>.

A adesão no Sispecto, no período 2012 a 2014, foi pela totalidade dos 417 municípios do estado da Bahia, situação relevante à medida que o sistema possui informações abrangentes sobre a execução das ações e serviços de saúde. Segundo estudo da percepção

dos gestores, a boa acessibilidade do Sispecto pode ter facilitado a adesão à pactuação de indicadores<sup>33</sup>. Entretanto, a análise demonstrou a falta de qualidade das informações, seja pela ausência das mesmas ou pela discordância dos registros.

O Sinan apresentou a maioria de dados ausentes para o indicador de notificação de violências, o que pode se justificar pela supressão dos dados em 2013 para correção da base nacional. Ressalta-se que os dados estavam disponíveis na base estadual, supõe-se que pela maior atualização da informação quanto mais próxima esteja das unidades produtoras dos serviços ou ações<sup>34</sup>. A possibilidade de inclusão das investigações dos óbitos realizadas pelos municípios no módulo do SIMWEB, mesmo após a conclusão do prazo estipulado pelo sistema, pode justificar a elevada discordância dos registros<sup>35</sup>.

Estudo realizado em Mato Grosso sobre pactuação de indicadores encontrou ausência da informação resultado para alguns indicadores e alegou ter ocorrido pela falta de atualização do Sispecto<sup>36</sup>. Porém, considera-se que foram encontrados poucos estudos sobre o tema, trazendo prejuízos para a análise e justificativa dos achados.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados demonstraram avanços no desempenho dos indicadores selecionados, excetuando para a vigilância dos óbitos maternos. Todavia, como se observou expressiva dificuldade no cumprimento de metas, pelo estado e maioria das RS, o aprimoramento do processo de planejamento e pactuação, bem como o fortalecimento das equipes descentralizadas de vigilância em saúde, poderão resultar em melhor desempenho.

Mesmo com resultados relevantes, devem-se envidar esforços para avançar na regionalização da saúde e instituição do Coaps, principalmente naquelas RS que tiveram desempenho ruim. Destaca-se que a recente pactuação resultante da edição do Decreto 7.508/2011 é fator limitante para maiores conclusões a cerca dos achados. Além disso, a falta de monitoramento dos indicadores pactuados e a inadequação de alguns indicadores propostos podem ter concorrido para o desempenho regional desfavorável.

A existência de um sistema de informação voltado para a pactuação é de suma importância para a tomada de decisão baseada em evidências. Contudo, no estudo,

demonstrou-se a baixa qualidade das informações no Sispacto para os resultados dos indicadores analisados, tendo em vista a expressiva ausência de dados e a baixa confiabilidade dos registros quando comparados ao Sinan e SIM de base estadual.

Recomenda-se que outros estudos sejam realizados com a intenção de aprimorar a pactuação de indicadores, tendo em vista que as metas estabelecidas devem estar relacionadas a estratégias delineadas para fortalecimento das gestões municipais e responsabilização quanto aos resultados alcançados.

Mesmo comemorando melhoria nos indicadores sanitários, o país assim como o estado da Bahia enfrenta desafios relacionados à existência de um modelo de atenção que absorva as mudanças demográficas, culturais e socioeconômicas por que passa a população brasileira<sup>37</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.
2. SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 36ª Edição, revista e atualizada (até a Emenda Constitucional n. 71 de 29.11.2012).
3. OPAS. IPEA. VIANA, S. M. (org), NUNES, A., SANTOS, J. R. S., BARATA, R. B. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: OPAS/IPEA, 2001.
4. FELISBERTO, E. **Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes**. Rev Bra de Saúde da Família 2004. Edição Especial. Brasília. p.25-29.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto dos indicadores da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (Informe da Atenção Básica, 19).
6. GUERREIRO, J. V., BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2011, vol.16, n.3, pp. 1689-1698. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300006>> Acesso em: 20 de jan. 2015.
7. MENICUCCI, T. M. G. **A política de saúde no governo Lula**. Saúde soc. [online]. 2011, vol.20, n.2, pp. 522-532.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de fevereiro de 2006. Seção 1, p.43.
9. SAUTER, A. M. W; GIRARDON-PERLINI, N. M. O; KOPF, A. W. **Política de regionalização da Saúde: das Normas Operacionais ao Pacto pela Saúde**. remE– Rev. Min. Enferm 2012; 16(2): 265-274, abr./jun.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: Decreto 7508, de 2011 - Informes Técnicos Institucionais**. **Rev Saúde Pública** 2011; 45(6):1206-7.
11. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução 4. **Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 jul. 2012. Disponível em: <[http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/resolucao4\\_200712.pdf](http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/resolucao4_200712.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2014.

12. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução 5. **Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 jun. 2013. Disponível em: <[http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/resolucao\\_indicadores\\_2013\\_2015.pdf](http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/resolucao_indicadores_2013_2015.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2014.
13. \_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm)>. Acesso em 20 de jan. 2014.
14. DOURADO, D. A., DALLARI, S. G., ELIAS, P. E. **Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da Regionalização no Sistema Único de Saúde.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 12, n. 3, p. 10-34 Nov.2011/Fev.2012.
15. MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. **Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS.** *Div Saúde Debate* 2000; (21): 15-28.
16. LIMA, C. R. A., SCHRAMM, J. M. A., COELI, C. M., SILVA, M. E. M. **Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(10):2095-2109, out., 2009.
17. IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>>. Acesso em: 10 de out. 2014.
18. BAHIA. **Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014.** Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Diário Oficial da Bahia, Salvador-Bahia, 2014.
19. RIPSAs. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde.** Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
20. BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2012-2015. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano\\_nacional\\_saude\\_2012\\_2015.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf)>. Acesso em: 20 de abr. 2015.
21. DATASUS. **Informações de Saúde. Indicadores de saúde e pactuações, 2012.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2012/cnv/ABSba.def>>. Acesso em: 30 de abr. 2015.
22. \_\_\_\_\_. Informações de Saúde. **Indicadores de saúde e pactuações, 2013-2014.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2013/cnv/absba.def>>. Acesso em: 10 de abr. 2015.
23. BAHIA. SESAB. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Informações em saúde. **Tabulação de dados de morbidade. Doenças de notificação - Dengue 2012-2014.**

Disponível em: <[http://www1.saude.ba.gov.br/dis/tabulacao\\_morbidade.html](http://www1.saude.ba.gov.br/dis/tabulacao_morbidade.html)>. Acesso em: 10 de abr. 2015.

24. \_\_\_\_\_. A. SESAB. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Informações em saúde. **Tabulação de dados de morbididade. Doenças de notificação – Violência doméstica, sexual e outras 2012-2014**. Disponível em:

<[http://www1.saude.ba.gov.br/dis/tabulacao\\_morbidade.html](http://www1.saude.ba.gov.br/dis/tabulacao_morbidade.html)>. Acesso em: 20 de abr. 2015.

25. \_\_\_\_\_. SESAB. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. **Vigilância epidemiológica da mortalidade materna, infantil e fetal**. Planilha de acompanhamento dos municípios 2012-2014. Disponível em: <<http://www.suvisa.ba.gov.br/content/planilhas-de-acompanhamento-dos-munic%C3%ADpios-mif>>. Acesso em: 20 de abr. 2015.

26. \_\_\_\_\_. SESAB. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Base de dados - **Metas e Resultados 2012-2014**. Disponível em:

<<http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces/download.jsf?faces-redirect=true>>. Acesso em: 20 de abr. 2015.

27. VELOSO, M. M. X.; MAGALHÃES, C. M. C.; DELL'AGLIO, D. D.; CABRAL, I. R.; GOMES, M. M. **Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil**. *CiencSaudeColet* 2013; 18(5): 1263-1272.

28. LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J.M. **A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o "olhar" da enfermagem**. *CiencSaudeColet* 2010; 10(2):419-431.

29. BAHIA. SESAB. SUVISA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Relatório do 2º Quadrimestre 2015**. Análise do indicador de causas externas. Bahia, 2015.

30. CORTEZ-ESCALANTE, J. **Vigilância do Óbito Fetal, Infantil, Materno e por causa mal definida no Brasil, 2013**. Disponível em:

<[https://docs.google.com/file/d/0B\\_Y8Q\\_i628-EYkZzOVN4R3FiRDQ/edit?pli=1](https://docs.google.com/file/d/0B_Y8Q_i628-EYkZzOVN4R3FiRDQ/edit?pli=1)> Acesso em: 24 de mar. de 2015.

31. PLETSCHE, G. M. C. **Avaliação da atenção básica por meio da cobertura vacinal em Santa Cruz do Sul**. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2011. 131 f.

32. GONÇALVES, E.; CAMPOS, E. S. A.; CARVALHO, F. F. **Análise e reflexão sobre metodologias para avaliação de metas de indicadores de impacto na gestão pública para resultados**. CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, III. **Anais...** Brasília:Consad, 2010.

33. DANTAS, U. I. B.; SANTOS, S. R. dos; BRITO, S. S.; VIRGOLINO, J. L. B. **Percepções dos gestores sobre o aplicativo – Pacto pela Saúde**. Rev. enferm UFPE online, Recife, 7(2):438-44, fev., 2013



34. DATASUS. Informações de Saúde. **Indicadores de Saúde e pactuações**. Nota técnica dos indicadores de saúde com resultados passíveis de apuração quadrimestral pelos sistemas nacionais de informação – 2013/2014. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013mon/Nota\\_Tecnica\\_Indicadores.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013mon/Nota_Tecnica_Indicadores.pdf)>. Acesso em: 30 de mai. 2015.
35. BAHIA. SESAB. SUVISA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Relatório do 2º Quadrimestre 2015**. Análise da vigilância dos óbitos infantil, fetal, materno e de mulheres em idade fértil. Bahia, 2015.
36. AGUILAR, A. M. M. **Análise das metas pactuadas do nível de prioridade IV do município de Primavera do Leste – MT**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.06, N°. 01, Ano 2015 p.218-31.
37. PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. **The Lancet**. 2011; 377(9779):11-31.

**Figura 1.** Distribuição espacial das Regiões de Saúde e quantitativo de municípios do estado da Bahia/PDR, 2014.



- 1 – Barreiras (15)
- 2 – Santa Maria da Vitória (13)
- 3 – Guanambi (21)
- 4 – Vitória da Conquista (19)
- 5 – Itapetinga (12)
- 6 – Teixeira de Freitas (13)
- 7 – Porto Seguro (8)
- 8 – Ilhéus (8)
- 9 – Itabuna (22)
- 10 – Jequié (25)
- 11 – Brumado (21)
- 12 – Seabra (11)
- 13 – Ibotirama (9)
- 14 – Irecê (19)
- 15 – Juazeiro (10)
- 16 – Jacobina (19)
- 17 – Itaberaba (14)
- 18 – Feira de Santa (28)
- 19 – Santo Antonio de Jesus (23)
- 20 – Valença (12)
- 21 – Cruz das Almas (9)
- 22 – Salvador (10)
- 23 – Camaçari (6)
- 24 – Alagoinhas (18)
- 25 – Serrinha (19)
- 26 – Ribeira do Pombal (15)
- 27 – Senhor do Bonfim (9)

Fonte: Sesab/BA

NT.: Conforme Resolução nº 275, que considera o Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, no seu artigo 1º: "Reconhece as 28 (vinte oito) microrregiões de saúde definidas no Plano Diretor de Regionalização – PDR 2007 como Regiões de Saúde do Estado da Bahia".

**Quadro 1.** Indicadores da vigilância epidemiológica selecionados da pactuação interfederativa na Bahia, no período 2012 a 2014. Bahia, 2015.

Indicador de saúde	Tipo de indicador	Parâmetro Nacional			Parâmetro Estadual (BA)			Numerador	Denominador	Fonte de dados
		2012	2013	2014	2012	2013	2014			
Número de unidade de saúde com o serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências	Obrigatório	Aumentar em 20%	Aumentar em 20%	Aumentar em 20%	Aumentar em 10% (666 US)	Aumentar em 10% (498 US)	Aumentar em 10% (667 US)	Número de Unidades de Saúde com notificação de violência	-	SINAN/Sispacto
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Obrigatório	35%	40%	40%	45%	45%	47%	Total de óbitos infantis investigados	total de óbitos infantis e fetais ocorridos x 100	SIM/Sispacto
Proporção de óbitos maternos investigados	Obrigatório	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Total de óbitos de mortes maternas investigados	total de óbitos maternos	SIM/Sispacto
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	Obrigatório	>= 65%	>= 70%	>= 70%	60%	65%	70%	Total de óbitos de MIF por causas presumíveis de morte materna investigados	total de óbitos de MIF	SIM/Sispacto
Número absoluto de óbitos por dengue	Específico	Redução de 10%	Redução de 10%	Redução de 10%	Redução de 10% (21 óbitos)	Redução de 10% (26 óbitos)	Redução de 10% (24 óbitos)	Número absoluto de óbitos por dengue	-	SINAN/Sispacto

Fonte: Sispacto/MS

**Tabela 1.** Desempenho médio dos indicadores da vigilância epidemiológica pactuados por Região de Saúde (RS), no período 2012 a 2014. Bahia, 2015.

Região de Saúde	Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado <sup>(1)</sup>			Proporção de óbitos infantis e fetais investigados <sup>(2)</sup>			Proporção de óbitos maternos investigados <sup>(3)</sup>			Proporção de óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) investigados <sup>(4)</sup>			Número absoluto de óbitos por dengue <sup>(5)</sup>		
	unidades de saúde notificantes	casos "acumulados"	Casos/US notificante	Proporção de notificação	óbitos "acumulados"	óbitos investigados	Proporção média	óbitos "acumulados" (2012 a 2014)	óbitos investigados (2012 a 2014)	Proporção média	óbitos "acumulados" (2012 a 2014)	óbitos investigados (2012 a 2014)	Proporção média	óbitos "acumulados" (2012 a 2014)	Proporção média
Alagoinhas	55	208	11,3	1,0	747	563	75,4	15	12	80,0	521	405	77,7	...	...
Barreiras	57	1140	60,0	5,7	585	445	76,1	6	5	83,3	379	301	79,4	2	3,3
Brumado	14	14	3,0	0,1	463	303	65,4	13	11	84,6	292	233	79,8	2	3,3
Camaçari	32	65	6,1	0,3	763	404	52,9	19	11	57,9	665	266	40,0	3	4,9
Cruz das Almas	25	52	6,2	0,3	325	169	52,0	5	2	40,0	239	180	75,3	2	3,3
Feira de Santana	188	2010	32,1	10,1	1404	649	46,2	18	10	55,6	1157	685	59,2	5	8,2
Guanambi	30	183	18,3	0,9	459	198	43,1	8	8	100,0	369	251	68,0	5	8,2
Ibotirama	13	35	8,1	0,2	290	216	74,5	4	4	100,0	140	103	73,6	0	0,0
Ilhéus	29	155	16,0	0,8	554	260	46,9	11	5	45,5	344	204	59,3	4	6,6
Irecê	25	47	5,6	0,2	529	190	35,9	18	11	61,1	398	181	45,5	0	0,0
Itaberaba	41	141	10,3	0,7	301	148	49,2	6	3	50,0	224	153	68,3	...	...
Itabuna	63	486	23,1	2,4	831	465	56,0	13	13	100,0	537	374	69,6	2	3,3
Itapetinga	37	279	22,6	1,4	317	229	72,2	4	4	100,0	254	200	78,7	...	...
Jacobina	101	222	6,6	1,1	424	118	27,8	13	5	38,5	319	147	46,1	6	9,8
Jequié	69	949	41,3	4,8	670	485	72,4	11	10	90,9	470	290	61,7	5	8,2
Juazeiro	62	539	26,1	2,7	718	451	62,8	23	20	87,0	456	333	73,0	1	1,6
Paulo Afonso	55	207	11,3	1,0	380	252	66,3	10	8	80,0	238	198	83,2	...	...
Porto Seguro	81	497	18,4	2,5	556	512	92,1	19	19	100,0	421	396	94,1	1	1,6
Ribeira do Pombal	18	18	3,0	0,1	333	197	59,2	10	8	80,0	269	222	82,5	1	1,6
Salvador	204	8349	122,8	42,1	4022	587	14,6	80	64	80,0	3608	1187	32,9	18	29,5
Santa Maria da Vitória	34	717	63,3	3,6	354	217	61,3	8	6	75,0	208	142	68,3	2	3,3
Santo Antônio de Jesus	71	1006	42,5	5,1	555	316	56,9	10	7	70,0	432	284	65,7	0	0,0
Seabra	18	58	9,7	0,3	218	125	57,3	5	4	80,0	126	105	83,3	...	...
Senhor do Bonfim	31	344	33,3	1,7	355	209	58,9	8	7	87,5	230	153	66,5	...	...
Serrinha	73	462	19,0	2,3	760	424	55,8	22	10	45,5	435	324	74,5	1	1,6
Teixeira de Freitas	67	191	8,6	1,0	614	395	64,3	17	11	64,7	490	369	75,3	...	...
Valença	39	90	6,9	0,5	856	516	60,3	11	9	81,8	256	191	74,6	...	...
Vitória da Conquista	120	1373	34,3	6,9	904	502	55,5	18	14	77,8	634	311	49,1	1	1,6
<b>Total</b>	<b>1652</b>	<b>19837</b>	<b>36,0</b>	<b>100,0</b>	<b>19594</b>	<b>9561</b>	<b>48,8</b>	<b>405</b>	<b>301</b>	<b>74,3</b>	<b>9950</b>	<b>6272</b>	<b>63,0</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Fonte: DIS/Sesab <sup>(1,5)</sup>; Divep/Sesab <sup>(2,3,4)</sup>

**Tabela 2.** Desempenho das Regiões de Saúde (RS) no cumprimento das metas e alcance de parâmetros dos indicadores da vigilância epidemiológica pactuados, no período 2012 a 2014. Bahia, 2015.

Situação	Indicadores de saúde da pactuação									
	Número de unidades de saúde com o serviço de notificação de violência implantado		Proporção de óbitos infantis e fetais investigados		Proporção de óbitos maternos investigados		Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados		Número absoluto de óbito por dengue	
Cumprimento	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Não</b>	79	94,0	22	26,2	37	44,0	37	44,0	15	28,8
<b>Sim</b>	5	6,0	62	73,8	47	56,0	47	56,0	37	71,2
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
Alcance Estadual	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Não</b>	82	97,6	22	26,2	37	44,0	37	44,0	19	33,9
<b>Sim</b>	2	2,4	62	73,8	47	56,0	47	56,0	37	66,1
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
Alcance Nacional	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Não</b>	83	98,8	23	27,4	34	42,0	40	47,6	15	28,8
<b>Sim</b>	1	1,2	61	72,6	47	58,0	44	52,4	37	71,2
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Sispecto/MS; DIS/Sesab<sup>(1,5)</sup>; Divep/Sesab<sup>(2,3,4)</sup>

**Tabela 3.** Presença e concordância da informação “resultado” dos indicadores da vigilância epidemiológica pactuados por Região de Saúde (RS) da Bahia segundo Sistema de Informação em Saúde, no período 2012 a 2014. Bahia, 2015.

Presença da informação	Indicadores de saúde da pactuação										Situação por SIS				
	Número de unidades de saúde com o serviço de notificação de violência sexual, doméstica e outras violências		Proporção de óbitos infantis e fetais investigados		Proporção de óbitos maternos investigados		Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados		Número absoluto de óbito por dengue		SINAN		SIM	TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Não</b>															
SIM/SINAN	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0	19	22,6	19	18,63	0	0,0	19
SISPACTO	56	66,7	28	33,3	28	33,3	28	33,3	18	21,4	74	72,55	84	100,0	158
em ambos	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0	9	10,7	9	8,82	0	0,0	9
<b>subtotal</b>	<b>56</b>	<b>66,7</b>	<b>28</b>	<b>33,3</b>	<b>28</b>	<b>33,3</b>	<b>28</b>	<b>33,3</b>	<b>46</b>	<b>54,8</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>186</b>
<b>Sim</b>															
concorda	15	17,9	0	0,0	27	32,1	0	0,0	26	31,0	41	62,1	27	16,1	68
discorda	13	15,5	56	66,7	29	34,5	56	66,7	12	14,3	25	37,9	141	83,9	166
<b>subtotal</b>	<b>28</b>	<b>33,3</b>	<b>56</b>	<b>66,7</b>	<b>56</b>	<b>66,7</b>	<b>56</b>	<b>66,7</b>	<b>38</b>	<b>45,2</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>	<b>234</b>
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>168</b>	<b>40,0</b>	<b>252</b>	<b>60,0</b>	<b>420</b>

Fonte: Datasus/MS; DIS/Sesab<sup>(1-5)</sup>; Divep /Sesab<sup>(2,3,4)</sup>

## 7. RECOMENDAÇÕES

No intuito de manter coerência com a intenção do estudo de retornar para o serviço de saúde o conhecimento e reflexões sobre o tema, apresentam-se as recomendações abaixo.

Entende-se que a gestão nacional do SUS deva balizar a escolha de indicadores baseada nas ações que estejam sobre a governabilidade de resolução da vigilância epidemiológica e que não sejam baseados e nem estejam vinculados a sistemas de informação frágeis e em constante alteração. Mesmo considerando salutar a existência de um sistema virtual de pactuação de metas, o Sispacto precisa de aperfeiçoamento que propicie sua utilização na análise da situação de saúde e possível tomada de decisão pelos gestores.

Sugere-se que a gestão estadual do SUS deve estabelecer vínculos solidários com os municípios, no intuito de avançar na regionalização da saúde a partir da assinatura dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Saúde (Coaps), tendo em vista a possibilidade de responsabilização dos municípios ou regiões de saúde (RS) pelos resultados alcançados, acordos estabelecidos e não cumpridos. Para tal, compreende-se que a Sesab deva repensar sua atuação regional, após a extinção das Diretorias Regionais de Saúde (Dires) e constituir grupo de acompanhamento e monitoramento dos indicadores pactuados, sala de situação para atuação, quando necessário, a fim de apoiar os municípios ou RS e utilizar as instâncias de deliberação e controle social do SUS.

Nesse sentido, entende-se como de vital importância a qualificação dos conselhos de saúde e das comissões gestoras para dar visibilidade à pactuação e aos acordos realizados e da responsabilidade compartilhada, tendo em vista a homologação das metas. Também que o estado fortaleça as redes de atenção de urgência e emergência para atendimento e notificação das violências e invista no aprimoramento da vigilância da mortalidade materna.

Por fim, no caso da vigilância epidemiológica, sugere-se avançar na capacitação dos técnicos para apoiar os municípios na construção de metas factíveis, pautadas em ações e serviços com este fim; propor metas utilizando limiar entre o mínimo esperado e o máximo possível; e criar estratégias de apoio às ações em que os entes subnacionais não tenham capacidade técnica, organizacional ou de recursos para executá-las.

## **ANEXOS**



## **ANEXO A - Resolução CIT nº 04, de 19 de julho de 2012**

### **RESOLUÇÃO Nº 4, DE 19 DE JULHO DE 2012.**

*Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).*

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o § 1º do art. 17 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, o art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art.4º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e

Considerando a necessidade de se firmar diretrizes de transição entre os procedimentos previstos na Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulgou o Pacto pela Saúde e aprovou suas respectivas diretrizes operacionais; e considerando a decisão adotada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 13 de junho de 2012, resolve:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Art. 2º A partir da data de publicação desta Resolução, todos os entes federados que tenham ou não assinado o Termo de Compromisso de Gestão previsto nas Portarias nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, passam a assumir as responsabilidades sanitárias expressas no Anexo I desta Resolução.

Parágrafo único. Os Municípios que não constituíram processo de adesão ao Pacto pela Saúde encontram-se descritos no Anexo II desta Resolução.

Art. 3º A descentralização da gestão dos prestadores de serviços públicos ou privados, contratados ou conveniados, deve ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou na Comissão Intergestores Regional (CIR), ficando mantida a Declaração de Comando Único até a assinatura do COAP.

Parágrafo único. A informação acerca da responsabilidade pela gestão e aplicação dos recursos financeiros referentes à descentralização referida no “caput” deve ser registrada nos quadros da Portaria nº 1.097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, e seguir o fluxo nela estabelecido.

Art. 4º As ações para o cumprimento das responsabilidades sanitárias assumidas nos termos desta Resolução devem estar expressas na Programação Anual de Saúde de cada ente federado e vinculadas às diretrizes e aos objetivos dos respectivos Planos de Saúde.

Art. 5º As CIBs encaminharão à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), no prazo de 120 (cento e vinte) dias contado da data da publicação deste ato, resolução que verse sobre a pactuação da responsabilidade pela gerência e aplicação dos recursos financeiros de vigilância em saúde dos Municípios que não assumiram a gestão das ações de vigilância em saúde.

Parágrafo único. Os Municípios que não assumiram a gestão das ações de vigilância em saúde encontram-se descritos no Anexo III desta Resolução.

Art. 6º Fica mantido o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), conforme disciplina constante do art. 3º da Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, e da Portaria nº 161/GM/MS, de 21 de janeiro de 2010.

Art. 7º As diretrizes, objetivos, metas e indicadores para pactuação no ano de 2012 são os constantes no Anexo IV desta Resolução.

Art. 8º Cabe aos Estados pactuar na CIB as diretrizes, objetivos, metas e indicadores correspondentes à esfera estadual.

§ 1º A pactuação de que trata o “caput” será submetida à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) formalizarão as diretrizes, objetivos, metas e indicadores pactuados, mediante registro e validação no sistema informatizado do Ministério da Saúde denominado SISPACTO.

Art. 9º Cabe aos Municípios pactuar na Comissão Intergestores Regional (CIR) as diretrizes, objetivos, metas e indicadores correspondentes à esfera municipal, observadas as especificidades locais.

§ 1º A pactuação de que trata o “caput” será submetida à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

§ 2º As Secretarias Municipais de Saúde (SMS) formalizarão as diretrizes, objetivos, metas e indicadores pactuados, mediante registro e validação no SISPACTO, com posterior homologação pela respectiva SES.

Art. 10. O SISPACTO será disponibilizado pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto).

Art. 11. As Comissões Intergestores acompanharão o processo de pactuação estadual e municipal a partir dos relatórios gerenciais do SISPACTO.

Art. 12. As regras e fluxos para recursos administrativos de Estados e Municípios em face das pactuações ocorridas nas Comissões Intergestores observará o disposto a seguir:

I - as CIR, as CIB e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) são os foros de mediação e apoio à tomada de decisão nos processos relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e a aspectos operacionais de implantação das normas do SUS;

II - em caso de discordância em relação à decisão da CIR, CIB e/ou CIT, os Municípios e/ou Estados poderão interpor recurso no prazo de 10 (dez) dias, contados a partir da ciência ou divulgação oficial da decisão enunciada, dirigido ao mesmo foro que proferiu a decisão, por meio de requerimento no qual o recorrente deverá expor os fundamentos do pedido de reexame, podendo juntar os documentos que julgar apropriados;

III - CIR, CIB e/ou CIT analisarão, discutirão e decidirão o recurso, em plenário, no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo do recurso;

IV - caso a decisão não seja reconsiderada, o recurso será encaminhado ao foro seguinte, CIB ou CIT, com clara argumentação, contida em exposição de motivos que justifique a decisão tomada;

V - transcorrido o prazo mencionado no inciso III sem a apreciação do recurso, o(s) Município(s) e/ou Estado(s) interessado(s) poderá(ão) enviá-lo para o foro seguinte, sendo a CIT a última instância decisória;

VI - permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB, em grau recursal, o(s) Município(s) e/ou Estado(s) interessado(s) poderá(ão) apresentar recurso na Secretaria Técnica da CIT para análise pela Câmara Técnica da CIT, no prazo de 10 (dez) dias da ciência ou divulgação oficial da decisão recursal; e

VII - a Câmara Técnica da CIT avaliará e encaminhará o recurso, devidamente instruído, para apreciação do Plenário da CIT.

§ 1º A Câmara Técnica da CIT poderá convocar o Grupo de Trabalho de Gestão do SUS e/ou outro afeto ao tema do processo recursal para analisar a admissibilidade do recurso e a provável instrução do processo.

§ 2º O cumprimento do fluxo estabelecido nesta Resolução será considerado para julgar a admissibilidade do recurso no Plenário da CIT.

§ 3º Salvo disposição legal em contrário, os recursos administrativos definidos neste artigo não têm efeito suspensivo, prevalecendo a decisão inicial até a análise final de todos os recursos apresentados.

§ 4º Excetua-se do disposto no parágrafo anterior a possibilidade do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Ministério da Saúde solicitar à CIT, com os devidos argumentos, a suspensão dos efeitos das decisões da CIB enquanto tramita o recurso administrativo apresentado.

Art. 13. Os entes federados que assinarem o COAP no ano de 2012 observarão as seguintes regras e fluxos para a pactuação:

I - as diretrizes, objetivos, metas e indicadores constantes na Parte II do COAP, pactuados na reunião da CIT de março de 2012, serão observados por todos os entes federados que celebrarem o COAP, conforme disposto a seguir:

a) as diretrizes, objetivos, metas e indicadores universais devem ser observados para todas as Regiões de Saúde;

b) as diretrizes, objetivos, metas e indicadores específicos devem ser observados para as Regiões de Saúde onde forem identificadas as necessidades específicas;

c) as diretrizes, objetivos, metas e indicadores complementares não serão de pactuação obrigatória, sendo observados na pactuação da Região de Saúde com respeito às prioridades de cada ente, a partir de seus planos de saúde;

II - os indicadores utilizados no cálculo do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) estão contemplados na Parte II do COAP, vinculados às metas correspondentes, nos âmbitos municipal, estadual e nacional; e

III - O Ministério da Saúde desenvolverá e disponibilizará sistema informatizado para registro da pactuação das metas e indicadores que compõem o COAP.

Art. 14. Os Estados e Municípios, ao assinarem o COAP, assumirão as responsabilidades organizativas expressas da Parte I e as responsabilidades executivas da Parte II, produto de pactuação na CIR.

Art. 15. Ao Distrito Federal competem, no que couber, as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**

**Ministro de Estado da Saúde**

**WILSON ALECRIM**

**Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**

**ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI**

**Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**

## **ANEXO B – Resolução CIT nº 5, de 19 de junho de 2013.**

*Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).*

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 32 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o disposto no art. 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a necessidade de construção ascendente e de compatibilização sistêmica dos instrumentos de planejamento da saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando o disposto no art. 24 da Resolução nº 3/CIT, de 30 de janeiro de 2012, que dispõe que os indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão serão incorporados, no que couber, no Indicador Nacional de Garantia do Acesso, expresso no Indicador de Desempenho do SUS (IDSUS), de observância nacional e obrigatória;

Considerando a Resolução nº 4/CIT, de 19 de julho de 2012, que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP);

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulgou o Pacto pela Saúde e aprovou suas respectivas diretrizes operacionais;

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 24 de novembro de 2011, sobre as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS; e

Considerando as premissas para pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores com vistas ao fortalecimento do Planejamento em Saúde, para os anos de 2013-2015, pactuadas na reunião da CIT em 28 de fevereiro de 2013, resolve:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as regras do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Art. 2º No processo de planejamento do SUS, as Diretrizes, os Objetivos, as Metas e Indicadores pactuados devem estar expressos harmonicamente nos diferentes documentos adotados pelos gestores de saúde, servindo como base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados nas três esferas de governo.

§ 1º Para fins do disposto no "caput", os documentos adotados são o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Relatório de Gestão, os Relatórios Quadrimestrais e Relatórios Resumidos de

Execução Orçamentária de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e o COAP, quando da sua elaboração, formalização e atualização.

§ 2º O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento das metas de saúde.

§ 3º O monitoramento e a avaliação de que trata o "caput" servirão para indicações de adoção de medidas corretivas necessárias, o exercício do controle social e a retroalimentação do ciclo de planejamento.

Art. 3º Fica estabelecido rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos, vinculados às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias no âmbito do SUS, respeitado o § 4º do art. 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

§ 1º As Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para pactuação nos anos de 2013-2015 são os constantes no Anexo, com possibilidade de serem submetidos, quando necessário, a ajuste anual mediante pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

§ 2º Para a pactuação nos anos de 2013-2015 será considerado indicador universal aquele de pactuação comum e obrigatória nacionalmente e indicador específico aquele que expressa especificidade local, sendo de tal forma obrigatória a sua pactuação nesse território.

§ 3º O ente federado poderá incluir outros indicadores, observadas as especificidades locais e as diretrizes aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 4º Os entes federados que não assinarem o COAP farão o registro, a cada ano, da pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no sistema informatizado do Ministério da Saúde denominado SISPACTO.

§ 1º A pactuação regional precederá a pactuação estadual, sendo as metas municipais e estaduais registradas no SISPACTO.

§ 2º A pactuação seguirá o seguinte fluxo:

I - pactuação municipal:

- a) pactuação em nível regional na Comissão Intergestores Regional (CIR) das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores correspondentes à esfera municipal, observadas as especificidades locais;
- b) aprovação da pactuação pelo Conselho Municipal de Saúde; e
- c) formalização do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pelas Secretarias Municipais de Saúde - mediante registro e validação no SISPACTO, com posterior homologação pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde; e

II - pactuação estadual e do Distrito Federal:

- a) pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou no Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores correspondentes, respectivamente, à esfera estadual e do Distrito Federal;
- b) aprovação da pactuação pelo respectivo Conselho de Saúde; e
- c) formalização do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal mediante registro e validação no SISPACTO

§ 3º O SISPACTO será disponibilizado pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto).

Art. 5º No processo de formalização e aditamento do COAP, os entes federados observarão a Resolução nº 3/CIT, de 30 de janeiro de 2012, que dispõe sobre as normas gerais e fluxos do COAP no âmbito do SUS, no que se refere à pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.

§ 1º Os Estados e Municípios que assinaram o COAP até a data de publicação desta Resolução, quando do aditamento do contrato, utilizarão o rol único de indicadores constantes do Anexo.

§ 2º Os Estados e Municípios que fizerem a pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no SISPACTO e no mesmo exercício assinarem o COAP deverão observá-los adequando-os à realidade regional.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**  
**Ministro de Estado da Saúde**

**WILSON DUARTE ALECRIM**  
**Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**

**ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI**  
**Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**

## ANEXO

## MIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2013-2015

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.			
Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a atenção básica.			
N	Tipo	Meta	Indicador
1	U	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
2	U	Redução de internações por causas sensíveis à atenção básica.	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSA)
3	U	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família
4	U	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal
5	U	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
6	E	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos
Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento a política de atenção básica e da atenção especializada.			
N	Tipo	Meta	Indicador
7	U	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente
8	U	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente
9	E	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para população residente	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente
10	E	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.
11	E	Ampliar os serviços hospitalares com contrato de metas firmado	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.
Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-ocorridos e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.			
Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências			
N	Tipo	Meta	Indicador
12	U	Ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado
13	E	Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
14	E	Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).
15	E	Reduzir óbitos em menores de 15 anos em Unidade de Terapia Intensiva	Proporção de óbitos em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).
16	E	Aumentar a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).	Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).
Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.			
N	Tipo	Meta	Indicador
17	E	Aumentar o percentual de internações de urgência e emergência reguladas pelo complexo regulador	Proporção das internações de urgência e emergência reguladas.
Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.			
Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero			
N	Tipo	Meta	Indicador
18	U	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.
19	U	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade			
N	Tipo	Meta	Indicador
20	U	Aumentar o percentual de parto normal	Proporção de parto normal
21	U	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
22	U	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS	Número de testes de sífilis por gestante
23	U	Reduzir o número de óbitos maternos	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
24	U	Reduzir a mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil
25	U	Investigar os óbitos infantis e fetais.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
26	U	Investigar os óbitos maternos.	Proporção de óbitos maternos investigados
27	U	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
28	U	Reduzir a incidência de sífilis congênita	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade
Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.			
Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.			



N	Tipo	Meta	Indicador
29	E	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial
<b>Objetivo 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com ênfase no envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção</b>			
<b>Objetivo 5.1 - Melhorar dos condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das rotas de atenção</b>			
30	U	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Para municípios/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doença respiratória crônica) Para municípios/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doença respiratória crônica)
<b>Objetivo 6 - Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais</b>			
<b>Objetivo 6.1 - Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais</b>			
31	E	Alcançar, no mínimo, 75% de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo	Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo
32	E	Investigar óbitos infantis e fetais indígenas	Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados
33	E	Investigar os óbitos maternos em mulheres indígenas	Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados
34	E	Investigar os óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados
<b>Objetivo 7 - Redução das riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde</b>			
<b>Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde</b>			
35	U	Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais adequadas
36	U	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
37	U	Aumentar a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose	Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose
38	U	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causas básicas definidas	Proporção de registro de óbitos com causas básicas definidas
39	U	Executar 80% ou mais das doenças compulsórias notificadas no Sinais, em até 60 dias a partir da data de notificação	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória notificadas (DNCF) encerradas em até 60 dias após notificação
40	U	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados
41	U	Meta Regional, Estadual e DF: 100% dos municípios ou regiões administrativas, no caso do DF, cobrindo todas as ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias	Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios
42	U	Meta Municipal: realizar 100% das ações de vigilância sanitária nos municípios	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos
43	E	Reduzir a incidência de aids em menores de 5 anos	Proporção de recém-nascidos HIV+ com 1ª COH inferior a 200cc/ml <sup>3</sup>
44	E	Reduzir a incidência de aids em menores de 5 anos	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados
45	E	Aumentar a proporção de cura nos casos novos de hepatite B	Proporção de cura de casos novos de hepatite B diagnosticados nos anos das coberturas
46	E	Aumentar a proporção de cura nos casos novos de hepatite C	Proporção de curas em casos novos de hepatite C diagnosticados nos anos das coberturas
47	E	Reduzir o número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral
48	E	Reduzir a vacinação antitetânica das cães no município	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antitetânica canina
49	E	Realizar busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública de 15 em 35 anos de idade fundamental dos municípios rurais/intermunicipais do município	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários
50	E	Reduzir a incidência Parasitária Anual (IPA) de malária	Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária
51	E	Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue	Número absoluto de óbitos por dengue
52	E	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue
<b>Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento</b>			
53	U	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos indicadores coliformes totais, coliformes fezes e fezes	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, coliformes fezes e fezes
<b>Objetivo 8 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS</b>			
<b>Objetivo 8.1 - Ampliar a implementação do Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica - HORUS como estratégia de qualificação da gestão de Assistência Farmacêutica no SUS</b>			
54	E	Meta Regional, Estadual, Implantar o Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica - HORUS, em 5% dos municípios Meta Municipal e DF: Implantar o Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica - HORUS, em 5% dos serviços farmacêuticos de Atenção Básica	Percentual de municípios com o Sistema HORUS implantado
<b>Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza</b>			
55	E	Meta Regional e Estadual: 5% dos municípios com população em extrema pobreza, contados no Plano Brasil Sem Miséria, com farmácias de Atenção Básica e centros de abastecimento farmacêutico estruturados na região de saúde ou estado Meta Municipal e DF: 5% de serviços farmacêuticos estruturados no município	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias de Atenção Básica e centros de abastecimento farmacêutico estruturados
<b>Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da promoção das práticas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de matérias, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema de gestão da qualidade</b>			
56	E	100% das indústrias de medicamentos inspecionadas no ano	Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano
<b>Objetivo 11 - Contribuição à adequada formação, atuação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS</b>			
<b>Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e atuação de profissionais para o SUS</b>			
57	U	Implementar ações de educação permanente para qualificação das rotas de Atenção, realizadas na UBS e articuladas na CBS	Proporção de ações de educação permanente implementadas ou realizadas
58	E	N.º de Espelhos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva	Proporção de novos ou ampliação de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva
59	E	N.º de expansão dos programas de residência médica em pesquisa e multiprofissional em saúde mental	Proporção de novos ou ampliação de Programas de Residência médica em pesquisa e multiprofissional em saúde mental
60	E	Ampliar o número de pontos do Idoso(a) Brasil Ativo	Número de pontos do Idoso(a) Brasil Ativo implantados
<b>Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e atuação de profissionais para o SUS. Despreocupar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde</b>			
61	U	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos privilegiados	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos privilegiados
<b>Objetivo 11.3 - Investir em qualificação e atuação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde</b>			
62	E	N.º Mesa (ou espaços formais) Municipais ou Estaduais de Negociação do SUS, implantados e em funcionamento	Número de Mesa ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento
<b>Objetivo 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação interativa, com centralidade no usuário e participação social</b>			
<b>Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, liderança de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.</b>			
63	U	5% de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde	Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde
64	U	Ampliar o percentual dos Conselhos de Saúde cadastrados no SIACS	Proporção Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS
<b>Objetivo 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</b>			
<b>Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</b>			
65	E	Meta Regional e Estadual: 100% dos municípios com serviço de ovariária implantado Meta Municipal e DF: Implantação de 01 serviço de Ovariária	Proporção de municípios com Ovariária implantada
66	E	Meta Regional: Estruturação de, no mínimo um, componente municipal do SNA na região de saúde Meta Municipal, Estadual e DF: Estruturação do componente municipal/estadual do SNA	Componente do SNA estruturado
67	E	Meta Regional e Estadual: 5% de emendas da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde Meta Municipal, Estadual e DF: Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde	Proporção de emendas com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde

Nota: Tipo do indicador - U= indicador universal e E = indicador específico



## **ANEXO C - Lei Complementar nº 141, 13 de janeiro de 2012**

### **A PRESIDENTA DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

#### **CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal:

- I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;
- II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;
- III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;
- IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

#### **CAPÍTULO II DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- III - sejam de responsabilidade específica do setor da 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.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no “caput”, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - ações de assistência social;

IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

### **CAPÍTULO III**

## **DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

### **Seção I**

#### **Dos Recursos Mínimos**

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 1º (VETADO).

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o “caput” não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do “caput” do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos

recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do “caput” e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 9º Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3º do art. 5º e nos arts. 6º e 7º, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

## **Seção II**

### **Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos**

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 13. (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

§ 3º (VETADO).

§ 4º A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Art. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 15. (VETADO).

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos arts. 6º a 8º será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

§ 3º As instituições financeiras referidas no § 3º do art. 164 da Constituição Federal são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2º deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 4º (VETADO).

## **Seção III**

### **Da Movimentação dos Recursos da União**

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do “caput” dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do “caput” do art. 9º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

#### **Seção IV**

#### **Da Movimentação dos Recursos dos Estados**

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do “caput” do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si

parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos. Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no “caput” deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

## **Seção V**

### **Disposições Gerais**

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A vedação prevista no “caput” não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e  
II - à elaboração do Plano de Saúde.

Art. 23. Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.

Parágrafo único. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do “caput” e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

§ 3º Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

§ 4º Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º:

I - na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º;

II - (VETADO).

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar.

Art. 26. Para fins de efetivação do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 1º No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal.

§ 2º Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da vigência desta Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1º, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

§ 3º Os efeitos das medidas restritivas previstas neste artigo serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 4º A medida prevista no “caput” será restabelecida se houver interrupção do cumprimento do disposto neste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

§ 5º Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições estatuídas neste artigo, sem prejuízo das exigências, restrições e sanções previstas na legislação vigente.

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes.

Art. 28. São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 5º a 7º.

Art. 29. É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

## **CAPÍTULO IV**

### **DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE**

#### **Seção I**

##### **Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde**

Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II - Relatório de Gestão do SUS;

III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

#### **Seção II**

##### **Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde**

Art. 32. Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As normas gerais para fins do registro de que trata o “caput” serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

Art. 33. O gestor de saúde promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

#### **Seção III**

##### **Da Prestação de Contas**

Art. 34. A prestação de contas prevista no art. 37 conterà demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3º do art. 165 da Constituição Federal.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;  
II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;  
III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3º Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4º O Relatório de que trata o “caput” será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

§ 5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o “caput”.

#### **Seção IV**

#### **Da Fiscalização da Gestão da Saúde**

Art. 37. Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o cumprimento do disposto no art. 198 da

Constituição Federal e nesta Lei Complementar.

Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;

II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;

III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;

IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;

VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

I - obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

II - processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;



IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no “caput” a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

§ 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 4º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no art. 4º da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

§ 6º O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 40. Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

Parágrafo único. Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Art. 42. Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

## **CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

Art. 43. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a implementação do disposto no art. 20 e para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 2º A cooperação financeira consiste na entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 45. (VETADO).

Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

Art. 47. Revogam-se o § 1º do art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 12 da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.

Art. 48. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de janeiro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF

*José Eduardo Cardozo*

*Guido Mantega*

*Alexandre Rocha Santos Padilha*

*Eva Maria Cella Dal Chiavon*

*Luís Inácio Lucena Adams*

## **ANEXO D - Estrutura Organizacional da SESAB**

LEI Nº 13.204 DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014

*Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências.*

**O GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA, faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:**

Art. 1º - A Administração Pública do Poder Executivo Estadual fica modificada, na forma da presente Lei.

Art. 13 - A Secretaria da Saúde - SESAB passa a ter por finalidade a formulação da Política Estadual de Saúde, a gestão do Sistema Estadual de Saúde e a execução de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com as disposições da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º - Ficam criadas, na estrutura básica da Secretaria da Saúde, as seguintes Unidades:

I - Corregedoria da Saúde, com a finalidade de acompanhar, controlar e avaliar a regularidade da atuação funcional e da conduta dos servidores da SESAB, em estreita articulação com o órgão central do Sistema de Correição Estadual;

II - Central de Aquisições e Contratações da Saúde, com a finalidade de planejar, executar e controlar as aquisições e contratações de bens e serviços de apoio à rede própria do serviço de saúde;

III - Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, com a finalidade de acompanhar as atividades finalísticas da área de saúde;

IV - Coordenação Executiva de Infraestrutura da Rede Física, com a finalidade de avaliar a necessidade de serviços de engenharia, bem como executar a construção, ampliação, reforma, manutenção, conservação, urbanização e paisagismo dos prédios sob gestão da Secretaria da Saúde, observadas as diretrizes estabelecidas pela Secretaria da Administração;

V - Coordenação de Gestão de Sistemas de Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde, com a finalidade de promover, coordenar e executar as ações de desenvolvimento e modernização tecnológica para a área de saúde, em consonância com as políticas e diretrizes governamentais.

§ 2º - Ficam extintas as Diretorias Regionais de Saúde - DIRES e criados os Núcleos Regionais de Saúde - NRS, com a finalidade de acompanhar as atividades de regulação e de vigilância sanitária, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, à Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos Municípios.

***§ 3º - A Diretoria Geral passa a ter por finalidade a coordenação dos órgãos setoriais e seccionais dos sistemas formalmente instituídos, responsáveis pela execução das atividades de administração financeira e de contabilidade, material, patrimônio e serviços, bem como das licitações e contratos, em estreita articulação com as unidades centrais do Sistema Estadual de Administração, respeitada a competência da Central de Aquisições e Contratações da Saúde.***

Art. 50 - Esta Lei entra em vigor em 1º de janeiro de 2015, ressalvado o disposto nos incisos I, II e III do “caput” do art. 32, cuja vigência será 60 (sessenta) dias daquela data.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA, em 11 de dezembro de 2014.

JAQUES WAGNER

*Governador*

*Carlos Mello*

## **ANEXO E - Regionalização da Saúde na Bahia**

### **RESOLUÇÃO CIB Nº 275/2012**

Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais.

A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas atribuições, tendo em vista o decidido na 206ª Reunião Ordinária do dia 19 de junho de 2012, considerando:

A Portaria Nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2.011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

A Resolução CIB Nº 132/2007, de 29 e 30 de setembro de 2007, que aprova o novo desenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia.

### **RESOLVE**

Artigo 1º Reconhecer as 28 (vinte oito) microrregiões de saúde definidas no Plano Diretor de Regionalização - PDR 2007 como regiões de saúde do Estado da Bahia.

Parágrafo único. Observar o Anexo I que informa a configuração atualizada das regiões de saúde do Estado da Bahia.

Artigo 2º Instituir as Comissões Intergestores Regionais nas 28 regiões de saúde do Estado da Bahia em substituição aos Colegiados de Gestão Microrregionais.

A presente resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Republicada por ter saído com incorreção

Salvador, 15 de agosto de 2012.  
Jorge José Santos Pereira Solla  
Secretário Estadual da Saúde  
Coordenador da CIB/BA  
Raul Moreira Molina Barrios  
Presidente do COSEMS/BA  
Coordenador Adjunto da CIB/BA

## ANEXO I DA RESOLUÇÃO CIB Nº 275/2012

### REGIÃO DE SAÚDE

<b>Municípios da Região de Saúde Alagoins</b>	
290030 - ACAJUTIBA	15.668 habitantes
290070 - ALAGOINHAS	153.560 habitantes
290190 - APORÁ	19.063 habitantes
290205 - ARAÇÁS	12.402 habitantes
290220 - ARAMARI	11.237 habitantes
290700 - CARDEAL DA SILVA	9.681 habitantes
290750 - CATU	55.380 habitantes
290960 - CRISÓPOLIS	21.529 habitantes
291050 - ENTRE RIOS	42.828 habitantes
291060 - ESPLANADA	36.339 habitantes
291370 - INHAMBUPE	40.441 habitantes
291590 - ITANAGRA	8.029 habitantes
291650 - ITAPICURU	35.632 habitantes
291790 - JANDAÍRA	11.031 habitantes
292330 - OURIÇANGAS	8.822 habitantes
292410 - PEDRÃO	7.511 habitantes
292700 - RIO REAL	40.515 habitantes
292970 - SÁTIRO DIAS	20.259 habitantes

#### 18 Municípios com total de 549.927 habitantes

<b>Municípios da Região de Saúde Barreiras</b>	
290140 - ANGICAL	14.742 habitantes
290250 - BAIANÓPOLIS	14.126 habitantes
290320 - BARREIRAS	152.208 habitantes
290440 - BREJOLÂNDIA	10.624 habitantes
290740 - CATOLÂNDIA	3.644 habitantes
290940 - COTEGIPE	14.396 habitantes
290970 - CRISTÓPOLIS	14.247 habitantes
291110 - FORMOSA DO RIO PRETO	25.074 habitantes
291955 - LUÍS EDUARDO MAGALHÃES	76.420 habitantes
292045 - MANSIDÃO	13.652 habitantes
292620 - RIACHÃO DAS NEVES	23.237 habitantes
292840 - SANTA RITA DE CÁSSIA	28.642 habitantes
292890 - SÃO DESIDÉRIO	32.078 habitantes
293090 - TABOCAS DO BREJO VELHO	13.008 habitantes
293345 - WANDERLEY	13.047 habitantes

#### 15 Municípios com total de 449.145 habitantes

<b>Municípios da Região de Saúde Brumado</b>	
290200 - ARACATU	14.158 habitantes
290280 - BARRA DA ESTIVA	22.566 habitantes
290410 - BOQUIRA	22.409 habitantes
290420 - BOTUPORÃ	11.089 habitantes
290460 - BRUMADO	69.022 habitantes
290755 - CATURAMA	9.762 habitantes
290880 - CONTENDAS DO SINCORÁ	4.340 habitantes
291010 - DOM BASÍLIO	12.441 habitantes
290050 - ÉRICO CARDOSO	11.472 habitantes
291165 - GUAJERU	9.087 habitantes
291220 - IBICOARA	19.309 habitantes
291250 - IBIPITANGA	15.231 habitantes
291720 - ITUAÇU	19.311 habitantes
291860 - JUSSIAPE	7.429 habitantes
291950 - LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA	45.647 habitantes
291980 - MACAÚBAS	49.861 habitantes
292030 - MALHADA DE PEDRAS	8.918 habitantes
292360 - PARAMIRIM	21.961 habitantes
292670 - RIO DE CONTAS	13.653 habitantes
292690 - RIO DO PIRES	12.060 habitantes
293100 - TANHAÇU	21.264 habitantes

**21 Municípios com total de 420.990 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Camaçari</b>	
290570 - CAMAÇARI	281.413 habitantes
290860 - CONDE	25.961 habitantes
291005 - DIAS D'ÁVILA	76.624 habitantes
292100 - MATA DE SÃO JOÃO	45.194 habitantes
292520 - POJUCA	37.061 habitantes
293070 - SIMÕES FILHO	131.630 habitantes

**6 Municípios com total de 597.883 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Cruz das Almas</b>	
290485 - CABACEIRAS DO PARAGUAÇU	18.850 habitantes
290490 - CACHOEIRA	34.394 habitantes
290820 - CONCEIÇÃO DA FEIRA	22.448 habitantes
290980 - CRUZ DAS ALMAS	63.761 habitantes
291160 - GOVERNADOR MANGABEIRA	21.198 habitantes
292060 - MARAGOGIPE	45.928 habitantes
292230 - MURITIBA	30.691 habitantes
292900 - SÃO FÉLIX	15.049 habitantes
292960 - SAPEAÇU	17.630 habitantes

**9 Municípios com total de 269.949 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Feira de Santana</b>	
290110 - AMÉLIA RODRIGUES	26.458 habitantes
290150 - ANGUERA	11.209 habitantes
290170 - ANTÔNIO CARDOSO	12.216 habitantes
290260 - BAIXA GRANDE	21.186 habitantes
290640 - CANDEAL	9.075 habitantes
290685 - CAPELA DO ALTO ALEGRE	12.123 habitantes
290850 - CONCEIÇÃO DO JACUÍPE	33.066 habitantes
290890 - CORAÇÃO DE MARIA	23.228 habitantes
291080 - FEIRA DE SANTANA	612.000 habitantes
291125 - GAVIÃO	4.729 habitantes
291330 - ICHU	6.288 habitantes
291380 - IPECAETÁ	15.634 habitantes
291400 - IPIRÁ	62.172 habitantes
291450 - IRARÁ	29.770 habitantes
292210 - MUNDO NOVO	26.935 habitantes
292273 - NOVA FÁTIMA	8.105 habitantes
292405 - PÉ DE SERRA	14.474 habitantes
292465 - PINTADAS	10.769 habitantes
292595 - RAFAEL JAMBEIRO	24.305 habitantes
292630 - RIACHÃO DO JACUÍPE	35.322 habitantes
292750 - SANTA BÁRBARA	20.635 habitantes
292830 - SANTANÓPOLIS	9.407 habitantes
292880 - SANTO ESTÊVÃO	52.704 habitantes
292930 - SÃO GONÇALO DOS CAMPOS	37.111 habitantes
293040 - SERRA PRETA	15.507 habitantes
293110 - TANQUINHO	8.532 habitantes
293140 - TEODORO SAMPAIO	8.067 habitantes
293170 - TERRA NOVA	13.537 habitantes

**28 Municípios com total de 1.164.564 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Guanambi</b>	
290500 - CACULÉ	23.392 habitantes
290520 - CAETITÉ	52.353 habitantes
290660 - CANDIBA	14.599 habitantes
290710 - CARINHANHA	29.864 habitantes
291170 - GUANAMBI	85.237 habitantes
291200 - IBIASSUCÊ	10.679 habitantes
291340 - IGAPORÃ	16.193 habitantes
291733 - IUIÚ	11.294 habitantes
291740 - JACARACI	15.380 habitantes
291875 - LAGOA REAL	15.676 habitantes
291940 - LICÍNIO DE ALMEIDA	12.965 habitantes
292020 - MALHADA	17.416 habitantes
292105 - MATINA	12.217 habitantes
292180 - MORTUGABA	12.450 habitantes
292340 - PALMAS DE MONTE ALTO	22.340 habitantes
292450 - PINDAÍ	16.758 habitantes
292640 - RIACHO DE SANTANA	35.819 habitantes
292680 - RIO DO ANTÔNIO	15.530 habitantes
293000 - SEBASTIÃO LARANJEIRAS	11.435 habitantes
293105 - TANQUE NOVO	17.601 habitantes
293260 - URANDI	17.270 habitantes

**21 Municípios com total de 466.468 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Ibotirama</b>	
290270 - BARRA	53.786 habitantes
290450 - BROTAS DE MACAÚBAS	11.158 habitantes
290475 - BURITIRAMA	21.418 habitantes
291320 - IBOTIRAMA	27.405 habitantes
291410 - IPUPIARA	10.054 habitantes
292160 - MORPARÁ	8.977 habitantes
292225 - MUQUÉM DE SÃO FRANCISCO	11.552 habitantes
292320 - OLIVEIRA DOS BREJINHOS	22.756 habitantes
292370 - PARATINGA	32.452 habitantes

**9 Municípios com total de 199.558 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Ilhéus</b>	
290225 - ARATACA	11.779 habitantes
290630 - CANAVIEIRAS	33.415 habitantes
291360 - ILHÉUS	182.350 habitantes
291490 - ITACARÉ	27.198 habitantes
292090 - MASCOTE	15.131 habitantes
292805 - SANTA LUZIA	13.579 habitantes
293250 - UMA	22.535 habitantes
293270 - URUÇUCA	21.924 habitantes

**8 Municípios com total de 327.911 habitantes**



<b>Municípios da Região de Saúde Irecê</b>	
290115 - AMÉRICA DOURADA	16.904 habitantes
290300 - BARRA DO MENDES	14.540 habitantes
290323 - BARRO ALTO	15.230 habitantes
290530 - CAFARNAUM	18.595 habitantes
290620 - CANARANA	26.200 habitantes
290760 - CENTRAL	18.101 habitantes
291130 - GENTIO DO OURO	11.381 habitantes
291240 - IBIPEBA	18.540 habitantes
291310 - IBITITÁ	18.740 habitantes
291460 - IRECE	72.730 habitantes
291535 - ITAGUAÇU DA BAHIA	14.533 habitantes
291835 - JOÃO DOURADO	24.894 habitantes
291850 - JUSSARA	15.844 habitantes
291915 - LAPÃO	27.432 habitantes
292205 - MULUNGU DO MORRO	12.398 habitantes
292560 - PRESIDENTE DUTRA	14.672 habitantes
292925 - SÃO GABRIEL	19.519 habitantes
293240 - UIBAÍ	14.460 habitantes
293360 - XIQUE-XIQUE	48.210 habitantes

**19 Municípios com total de 422.923 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Itaberaba</b>	
290130 - ANDARAÍ	13.716 habitantes
290380 - BOA VISTA DO TUPIM	18.677 habitantes
290405 - BONITO	16.730 habitantes
291190 - IAÇU	26.382 habitantes
291260 - IBIQUERA	5.149 habitantes
291470 - ITABERABA	66.065 habitantes
291500 - ITAETÉ	16.370 habitantes
291900 - LAJEDINHO	3.993 habitantes
291960 - MACAJUBA	11.836 habitantes
292080 - MARCIONÍLIO SOUZA	10.962 habitantes
292285 - NOVA REDENÇÃO	9.453 habitantes
292720 - RUY BARBOSA	31.780 habitantes
293280 - UTINGA	19.490 habitantes
293340 - WAGNER	9.720 habitantes

**14 Municípios com total de 260.323 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Itabuna</b>	
290090 - ALMADINA	6.234 habitantes
290240 - AURELINO LEAL	13.301 habitantes
290330 - BARRO PRETO	6.627 habitantes
290470 - BUERAREMA	19.297 habitantes
290560 - CAMACAN	33.135 habitantes
290800 - COARACI	20.183 habitantes
291100 - FLORESTA AZUL	11.352 habitantes
291150 - GONGOGI	8.212 habitantes
291210 - IBICARAÍ	24.303 habitantes
291270 - IBIRAPITANGA	24.118 habitantes
291480 - ITABUNA	218.925 habitantes
291540 - ITAJU DO COLÔNIA	7.428 habitantes
291550 - ITAJUÍPE	21.817 habitantes
291620 - ITAPÉ	10.448 habitantes
291660 - ITAPITANGA	10.799 habitantes
291855 - JUSSARI	6.434 habitantes
292070 - MARAÚ	21.098 habitantes
292390 - PAU BRASIL	11.031 habitantes
292780 - SANTA CRUZ DA VITÓRIA	6.778 habitantes
292935 - SÃO JOSÉ DA VITÓRIA	6.158 habitantes
293220 - UBAITABA	20.993 habitantes
293230 - UBATÃ	26.787 habitantes

**22 Municípios com total de 535.458 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Itapetinga</b>	
290480 - CAATIBA	10.486 habitantes
291090 - FIRMINO ALVES	5.766 habitantes
291230 - IBICUÍ	16.640 habitantes
291350 - IGUAÍ	27.704 habitantes
291580 - ITAMBÉ	23.520 habitantes
291640 - ITAPETINGA	75.440 habitantes
291680 - ITARANTIM	19.968 habitantes
291710 - ITORORÓ	21.143 habitantes
291970 - MACARANI	18.608 habitantes
292000 - MAIQUINIQUE	9.976 habitantes
292270 - NOVA CANAÃ	17.048 habitantes
292540 - POTIRAGUÁ	9.263 habitantes

**12 Municípios com total de 255.562 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Jacobina</b>	
290510 - CAÉM	10.282 habitantes
290550 - CALDEIRÃO GRANDE	13.555 habitantes
290687 - CAPIM GROSSO	29.107 habitantes
291750 - JACOBINA	84.577 habitantes
292010 - MAIRI	20.144 habitantes
292120 - MIGUEL CALMON	27.627 habitantes
292140 - MIRANGABA	17.881 habitantes
292170 - MORRO DO CHAPÉU	36.641 habitantes
292335 - OUROLÂNDIA	17.691 habitantes
292480 - PIRITIBA	24.785 habitantes
292593 - QUIXABEIRA	10.038 habitantes
292937 - SÃO JOSÉ DO JACUÍPE	11.002 habitantes
292980 - SAÚDE	12.693 habitantes
293060 - SERROLÂNDIA	13.308 habitantes
293130 - TAPIRAMUTÁ	17.413 habitantes
293245 - UMBURANAS	18.851 habitantes
293305 - VÁRZEA DA ROÇA	14.693 habitantes
293310 - VÁRZEA DO POÇO	9.364 habitantes
293315 - VÁRZEA NOVA	13.524 habitantes

**19 Municípios com total de 403.176 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Jequié</b>	
290060 - AIQUARA	4.790 habitantes
290195 - APUAREMA	7.780 habitantes
290310 - BARRA DO ROCHA	6.518 habitantes
290370 - BOA NOVA	14.861 habitantes
290430 - BREJÕES	15.265 habitantes
290950 - CRAVOLÂNDIA	5.552 habitantes
291000 - DÁRIO MEIRA	12.190 habitantes
291290 - IBIRATAIA	18.348 habitantes
291390 - IPIAÚ	47.388 habitantes
291420 - IRAJUBA	7.443 habitantes
291430 - IRAMAIA	10.809 habitantes
291510 - ITAGI	13.448 habitantes
291520 - ITAGIBÁ	15.871 habitantes
291570 - ITAMARI	8.534 habitantes
291670 - ITAQUARA	8.480 habitantes
291690 - ITIRUÇU	13.336 habitantes
291760 - JAGUAQUARA	55.127 habitantes
291800 - JEQUIÉ	161.150 habitantes
291830 - JITAÚNA	13.636 habitantes
291870 - LAFAIETE COUTINHO	4.046 habitantes
291905 - LAJEDO DO TABOCAL	8.810 habitantes
292040 - MANOEL VITORINO	14.618 habitantes
292050 - MARACÁS	24.156 habitantes
292490 - PLANALTINO	9.413 habitantes
292790 - SANTA INÊS	11.186 habitantes

**25 Municípios com total de 512.755 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Juazeiro</b>	
290590 - CAMPO ALEGRE DE LOURDES	29.877 habitantes
290682 - CANUDOS	17.070 habitantes
290720 - CASA NOVA	71.504 habitantes
290990 - CURAÇÁ	34.974 habitantes
291840 - JUAZEIRO	216.588 habitantes
292440 - PILÃO ARCADO	35.255 habitantes
292600 - REMANSO	42.056 habitantes
293020 - SENTO SÉ	41.102 habitantes
293077 - SOBRADINHO	23.511 habitantes
293200 - UAUÁ	25.178 habitantes

**10 Municípios com total de 537.115 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Paulo Afonso</b>	
290020 - ABARÉ	19.290 habitantes
290770 - CHORROCHÓ	11.484 habitantes
291140 - GLÓRIA	16.039 habitantes
291810 - JEREMOABO	40.851 habitantes
291990 - MACURURÉ	8.390 habitantes
292400 - PAULO AFONSO	118.323 habitantes
292420 - PEDRO ALEXANDRE	18.094 habitantes
292710 - RODELAS	8.763 habitantes
292760 - SANTA BRÍGIDA	15.237 habitantes

**9 Municípios com total de 256.471 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Porto Seguro</b>	
290340 - BELMONTE	23.620 habitantes
291072 - EUNÁPOLIS	112.032 habitantes
291180 - GUARATINGA	22.465 habitantes
291465 - ITABELA	30.852 habitantes
291530 - ITAGIMIRIM	7.384 habitantes
291630 - ITAPEBI	10.910 habitantes
292530 - PORTO SEGURO	143.282 habitantes
292770 - SANTA CRUZ CABRÁLIA	28.045 habitantes

**8 Municípios com total de 378.590 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Ribeira do Pombal</b>	
290035 - ADUSTINA	17.044 habitantes
290160 - ANTAS	18.970 habitantes
290265 - BANZAË	12.560 habitantes
290780 - CÍCERO DANTAS	34.540 habitantes
290790 - CIPÓ	16.938 habitantes
290920 - CORONEL JOÃO SÁ	17.256 habitantes
291075 - FÁTIMA	18.502 habitantes
291185 - HELIÓPOLIS	13.786 habitantes
292290 - NOVA SOURE	25.813 habitantes
292305 - NOVO TRIUNFO	15.969 habitantes
292310 - OLINDINA	26.722 habitantes
292380 - PARIPIRANGA	29.769 habitantes
292650 - RIBEIRA DO AMPARO	15.229 habitantes
292660 - RIBEIRA DO POMBAL	51.026 habitantes
293076 - SÍTIO DO QUINTO	12.034 habitantes

**15 Municípios com total de 326.158 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Salvador</b>	
290650 - CANDEIAS	88.308 habitantes
291610 - ITAPARICA	22.476 habitantes
291920 - LAURO DE FREITAS	188.013 habitantes
291992 - MADRE DE DEUS	19.985 habitantes
292740 - SALVADOR	2.902.927 habitantes
292860 - SANTO AMARO	61.559 habitantes
292920 - SÃO FRANCISCO DO CONDE	38.838 habitantes
292950 - SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	45.292 habitantes
292975 - SAUBARA	12.161 habitantes
293320 - VERA CRUZ	42.103 habitantes

**10 Municípios com total de 3.421.662 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Santa Maria da Vitória</b>	
290390 - BOM JESUS DA LAPA	68.922 habitantes
290610 - CANÁPOLIS	10.137 habitantes
290810 - COCOS	19.340 habitantes
290910 - CORIBE	15.000 habitantes
290930 - CORRENTINA	33.084 habitantes
291077 - FEIRA DA MATA	5.911 habitantes
291735 - JABORANDI	9.318 habitantes
292810 - SANTA MARIA DA VITÓRIA	41.809 habitantes
292820 - SANTANA	27.132 habitantes
292905 - SÃO FÉLIX DO CORIBE	15.548 habitantes
293015 - SERRA DO RAMALHO	33.022 habitantes
293030 - SERRA DOURADA	18.428 habitantes
293075 - SÍTIO DO MATO	13.256 habitantes

**13 Municípios com total de 310.907 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Santo Antônio de Jesus</b>	
290100 - AMARGOSA	37.557 habitantes
290230 - ARATUÍPE	9.104 habitantes
290730 - CASTRO ALVES	27.194 habitantes
290830 - CONCEIÇÃO DO ALMEIDA	18.583 habitantes
291020 - DOM MACEDO COSTA	4.140 habitantes
291030 - ELÍSIO MEDRADO	8.420 habitantes
291685 - ITATIM	14.691 habitantes
291780 - JAGUARIPE	18.432 habitantes
291820 - JIQUIRIÇÁ	14.993 habitantes
291880 - LAJE	23.682 habitantes
292130 - MILAGRES	11.700 habitantes
292220 - MUNIZ FERREIRA	7.860 habitantes
292240 - MUTUÍPE	22.742 habitantes
292250 - NAZARÉ	29.297 habitantes
292280 - NOVA ITARANA	8.192 habitantes
292575 - PRESIDENTE TANCREDO NEVES	27.187 habitantes
292730 - SALINAS DA MARGARIDA	15.171 habitantes
292850 - SANTA TERESINHA	10.514 habitantes
292870 - SANTO ANTÔNIO DE JESUS	100.550 habitantes
292910 - SÃO FELIPE	21.548 habitantes
292940 - SÃO MIGUEL DAS MATAS	11.963 habitantes
293210 - UBAÍRA	20.770 habitantes
293317 - VARZEDO	9.405 habitantes

**23 Municípios com total de 473.695 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Seabra</b>	
290010 - ABAÍRA	9.243 habitantes
290400 - BONINAL	14.490 habitantes
291300 - IBITIARA	16.614 habitantes
291440 - IRAQUARA	24.712 habitantes
291930 - LENÇÓIS	11.340 habitantes
292190 - MUCUGÊ	10.400 habitantes
292303 - NOVO HORIZONTE	12.085 habitantes
292350 - PALMEIRAS	9.066 habitantes
292430 - PIATÁ	18.584 habitantes
292990 - SEABRA	44.999 habitantes
293080 - SOUTO SOARES	17.239 habitantes

**11 Municípios com total de 188.772 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Senhor do Bonfim</b>	
290135 - ANDORINHA	14.862 habitantes
290180 - ANTÔNIO GONÇALVES	12.083 habitantes
290600 - CAMPO FORMOSO	71.900 habitantes
291085 - FILADÉLFIA	17.593 habitantes
291700 - ITIÚBA	38.413 habitantes
291770 - JAGUARARI	32.969 habitantes
292460 - PINDOBAÇU	21.087 habitantes
292525 - PONTO NOVO	16.242 habitantes
293010 - SENHOR DO BONFIM	80.810 habitantes

**9 Municípios com total de 305.959 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Serrinha</b>	
290040 - ÁGUA FRIA	16.959 habitantes
290210 - ARACI	56.023 habitantes
290327 - BARROCAS	15.624 habitantes
290360 - BIRITINGA	15.769 habitantes
290680 - CANSANÇÃO	35.135 habitantes
290840 - CONCEIÇÃO DO COITÉ	67.651 habitantes
291070 - EUCLIDES DA CUNHA	60.932 habitantes
291910 - LAMARÃO	9.554 habitantes
292150 - MONTE SANTO	54.807 habitantes
292265 - NORDESTINA	13.270 habitantes
292580 - QUEIMADAS	26.054 habitantes
292590 - QUIJINGUE	29.088 habitantes
292610 - RETIROLÂNDIA	13.209 habitantes
292800 - SANTALUZ	36.690 habitantes
292895 - SÃO DOMINGOS	9.849 habitantes
293050 - SERRINHA	82.733 habitantes
293150 - TEOFILÂNDIA	22.944 habitantes
293190 - TUCANO	56.131 habitantes
293300 - VALENTE	27.545 habitantes

**19 Municípios com total de 649.967 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Teixeira de Freitas</b>	
290080 - ALCOBAÇA	23.231 habitantes
290690 - CARAVELAS	22.442 habitantes
291280 - IBIRAPUÃ	8.671 habitantes
291560 - ITAMARAJU	67.191 habitantes
291600 - ITANHÉM	20.671 habitantes
291845 - JUCURUÇU	10.272 habitantes
291890 - LAJEDÃO	3.997 habitantes
292110 - MEDEIROS NETO	23.420 habitantes
292200 - MUCURI	40.514 habitantes
292300 - NOVA VIÇOSA	42.754 habitantes
292550 - PRADO	29.158 habitantes
293135 - TEIXEIRA DE FREITAS	155.659 habitantes
293325 - VEREDA	6.737 habitantes

**13 Municípios com total de 454.717 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Valença</b>	
290540 - CAIRU	17.457 habitantes
290580 - CAMAMU	36.321 habitantes
291120 - GANDU	33.097 habitantes
291345 - IGRAPIÚNA	14.509 habitantes
291730 - ITUBERÁ	28.934 habitantes
292260 - NILO PEÇANHA	14.119 habitantes
292275 - NOVA IBIÁ	7.063 habitantes
292467 - PIRAI DO NORTE	9.777 habitantes
293120 - TAPEROÁ	20.886 habitantes
293160 - TEOLÂNDIA	15.079 habitantes
293290 - VALENÇA	96.507 habitantes
293350 - WENCESLAU GUIMARÃES	22.621 habitantes

**12 Municípios com total de 316.370 habitantes**

<b>Municípios da Região de Saúde Vitória da Conquista</b>	
290120 - ANAGÉ	20.388 habitantes
290290 - BARRA DO CHOÇA	35.200 habitantes
290350 - BELO CAMPO	18.459 habitantes
290395 - BOM JESUS DA SERRA	10.597 habitantes
290515 - CAETANOS	15.913 habitantes
290670 - CÂNDIDO SALES	26.952 habitantes
290689 - CARAÍBAS	10.150 habitantes
290870 - CONDEÚBA	18.312 habitantes
290900 - CORDEIROS	8.795 habitantes
291040 - ENCRUZILHADA	20.859 habitantes
291995 - MAETINGA	5.561 habitantes
292145 - MIRANTE	10.081 habitantes
292470 - PIRIPÁ	12.452 habitantes
292500 - PLANALTO	26.436 habitantes
292510 - POÇÕES	48.655 habitantes
292570 - PRESIDENTE JÂNIO QUADROS	13.307 habitantes
292665 - RIBEIRÃO DO LARGO	8.713 habitantes
293180 - TREMEDAL	18.367 habitantes
293330 - VITÓRIA DA CONQUISTA	340.199 habitantes

**19 Municípios com total de 669.396 habitantes**



## ANEXO F – Relatório da pactuação 2012 a 2014 na Bahia - vigilância epidemiológica

Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2012						
Estado: BAHIA		Status: Pactuação Validada		Ano de Referência: 2012		
			Data: 03/11/2015		Hora: 12:33	
<b>Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.</b>						
Objetivo Nacional - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
6	P	NUMERO DE UNIDADES DE SAUDE COM SERVICIO DE NOTIFICAO DE VIOLENCIA IMPLANTADA	666,00		436	N ABSOLUTO
<b>Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.</b>						
Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
14	P	PROPORCAO DE OBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	45,00			%
15	P	PROPORCAO DE OBITOS MATERNO E DE MULHERES EM IDADE FERTIL (MIF) POR CAUSAS PRESUMIVEIS DE MORTE MATERNA INVESTIGADOS	60,00			%
<b>Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</b>						
Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
28	P	NUMERO ABSOLUTO DE OBITOS POR DENGUE	21,00			N ABSOLUTO

## Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2013

Estado: BAHIA		Status: Pactuação Validada	Ano de Referência: 2013	
		Data: 03/11/2015	Hora: 13:29	
<b>Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.</b>				
<b>Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.</b>				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
12	U	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	498	N.ABSOLUTO
<b>Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.</b>				
<b>Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.</b>				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	45,00	%
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNO INVESTIGADOS	100,00	%
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	65,00	%
<b>Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</b>				
<b>Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.</b>				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
51	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	26	N.ABSOLUTO

## Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2014

Estado: BAHIA	Status: Pactuação Validada	Ano de Referência: 2014
	Data: 03/11/2015	Hora: 13:36

**Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.**

### Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
12	U	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	667	N.ABSOLUTO

**Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.**

### Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	47,00	%
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS	100,00	%
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	70,00	%

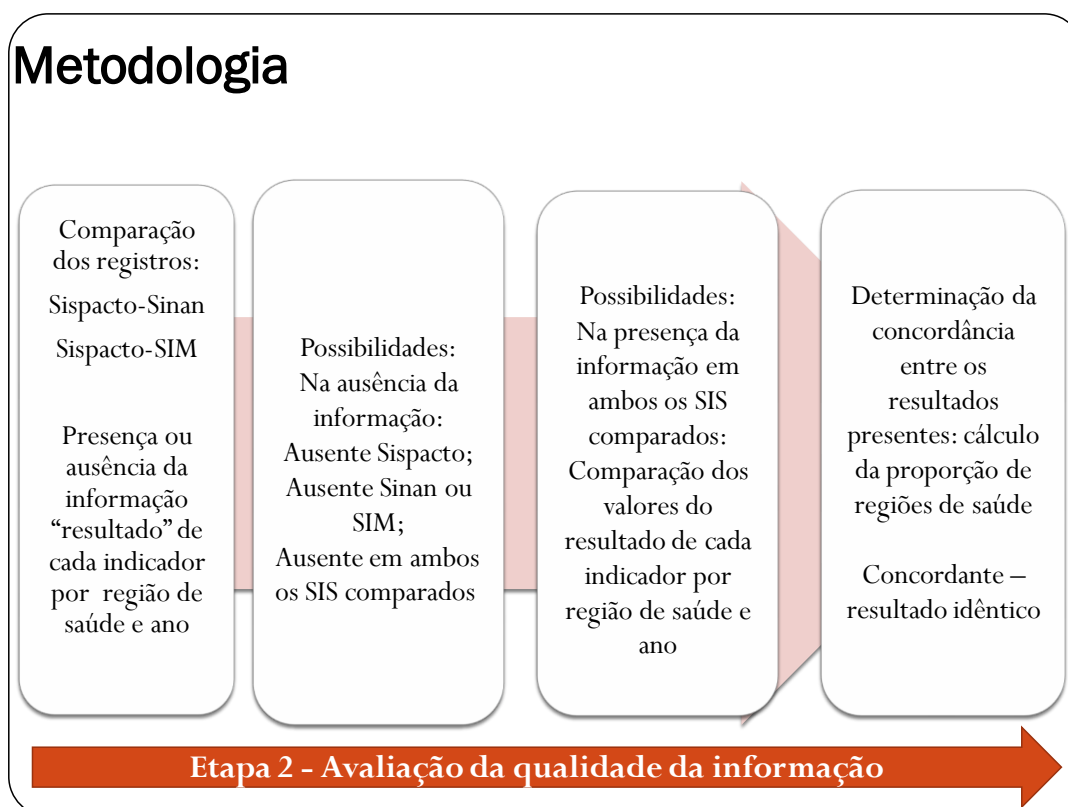
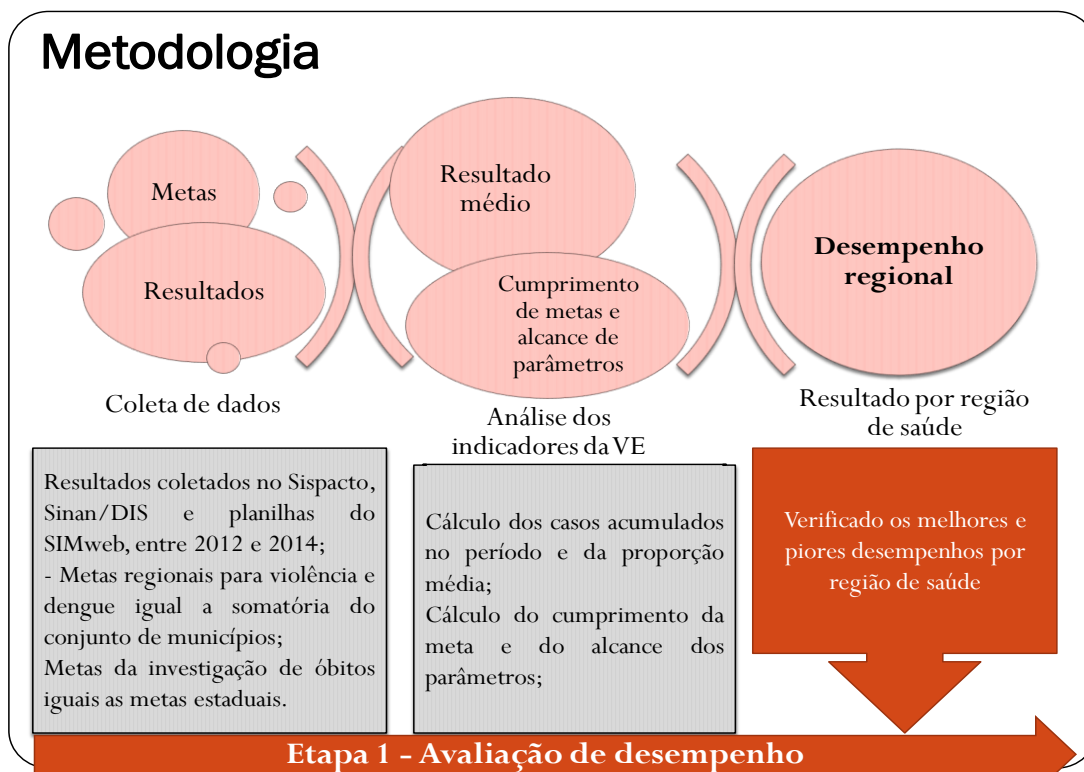
**Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.**

### Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
51	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	24	N.ABSOLUTO

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Metodologia – Etapas 1 e 2



## APÊNDICE B – Planilhas de dados das Regiões de Saúde – Sispecto e base estadual

Tabela 1. Resultados do indicador "Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantado"

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	Resultado outros SIS <sup>1</sup>			Resultado SISPECTO <sup>2</sup>			Metas Pactuadas <sup>3</sup>		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
NORDESTE	Alagoinhas	14	19	22	10	...	...	34	44	65
OESTE	Barreiras	15	16	26	14	...	...	71	63	89
SUDOESTE	Brumado	7	2	5	7	...	...	4	28	30
LESTE	Camaçari	8	11	13	8	...	...	17	15	19
LESTE	Cruz das Almas	2	7	16	2	...	...	37	10	15
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	88	57	43	89	...	...	206	205	136
SUDOESTE	Guanambi	3	6	21	3	...	...	29	39	52
OESTE	Ibotirama	2	3	8	2	...	...	14	3	14
SUL	Ilhéus	14	8	7	11	...	...	23	35	20
CENTRO-NORTE	Irecê	2	11	12	2	...	...	23	20	54
CENTRO-LESTE	Itaberaba	10	12	19	6	...	...	16	15	33
SUL	Itabuna	15	18	30	14	...	...	73	139	57
SUDOESTE	Itapetinga	11	12	14	11	...	...	62	28	22
CENTRO-NORTE	Jacobina	12	36	53	11	...	...	35	36	72
SUL	Jequié	22	26	21	21	...	...	151	190	129
NORTE	Juazeiro	19	20	23	19	...	...	109	45	44
NORTE	Paulo Afonso	19	19	17	19	...	...	41	39	42
EXTREMO SUL	Porto Seguro	25	33	23	25	...	...	34	66	58
NORDESTE	Ribeira do Pombal	7	6	5	7	...	...	23	22	30
LESTE	Salvador	47	77	80	45	...	...	59	76	100
OESTE	Santa Maria da Vitória	10	11	13	10	...	...	72	51	66
LESTE	Santo Antônio de Jesus	14	28	29	15	...	...	41	51	95
CENTRO-LESTE	Seabra	6	5	7	5	...	...	13	17	20
NORTE	Senhor do Bonfim	7	8	16	7	...	...	12	45	49
CENTRO-LESTE	Serrinha	25	26	22	22	...	...	166	128	103
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	10	32	25	10	...	...	61	44	37
SUL	Valença	10	14	15	9	...	...	13	17	29
SUDOESTE	Vitória da Conquista	32	40	48	32	...	...	71	134	130
<b>Bahia</b>	<b>Total</b>	<b>456</b>	<b>563</b>	<b>633</b>	<b>436</b>	...	...	<b>666</b>	<b>498</b>	<b>667</b>

Fonte: <sup>1</sup>SESAB/DIS/SINAN; <sup>2</sup>Datasus/MS; <sup>3</sup> Sispecto - Relatório do estado da Bahia 2012 a 2014.

<sup>3</sup> Não houve pactuação regional, considerou-se a somatória da pactuação do conjunto de municípios de cada Região de Saúde, no período.

Dados atualizados até: 31/03/15

... Sem informação ou não passível de tabulação

Tabela 2. Resultado do indicador "Proporção de óbitos infantis e fetais investigados, Bahia, 2012-2014

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	Resultado outros SIS <sup>1</sup>			Resultado SISPECTO <sup>2</sup>			Metas Pactuadas <sup>3</sup>		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
NORDESTE	Alagoinhas	80,7	77,3	67,8	...	52,4	58,8	45,0	>=45	>47,1
OESTE	Barreiras	76,6	79,9	69,7	...	70,0	72,2	45,0	>=45	>47,1
SUDOESTE	Brumado	73,5	68,3	52,1	...	33,9	44,9	45,0	>=45	>47,1
LESTE	Camaçari	59,1	57,4	41,4	...	51,5	38,1	45,0	>=45	47,0
LESTE	Cruz das Almas	53,2	65,3	34,4	...	28,2	30,1	45,0	>=45	47,0
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	54,7	54,0	29,7	...	32,9	23,4	45,0	>=45	47,0
SUDOESTE	Guanambi	66,5	41,4	17,7	...	27,4	19,5	45,0	40,0	47,0
OESTE	Ibotirama	80,8	80,0	59,3	...	57,0	56,3	45,0	>=45	>47,1
SUL	Ilhéus	60,1	54,7	20,9	...	35,5	14,3	45,0	>=45	47,0
CENTRO-NORTE	Irecê	38,8	37,9	30,5	...	26,5	31,7	45,0	40,0	47,0
CENTRO-LESTE	Itaberaba	47,3	59,2	39,5	...	52,3	31,9	45,0	>=45	47,0
SUL	Itabuna	63,8	55,5	45,9	...	35,4	30,5	45,0	>=45	47,0
SUDOESTE	Itapetinga	77,7	67,7	68,4	...	58,2	57,5	45,0	>=45	>47,1
CENTRO-NORTE	Jacobina	38,0	31,6	10,4	...	16,1	8,3	45,0	40,0	47,0
SUL	Jequié	75,0	80,8	60,0	...	50,5	59,1	45,0	>=45	>47,1
NORTE	Juazeiro	77,3	70,2	41,3	...	48,7	43,9	45,0	>=45	47,0
NORTE	Paulo Afonso	84,6	67,7	41,6	...	57,7	38,8	45,0	>=45	47,0
EXTREMO SUL	Porto Seguro	98,2	99,4	76,4	...	76,2	82,6	45,0	>=45	>47,1
NORDESTE	Ribeira do Pombal	63,0	64,8	48,5	...	51,8	43,2	45,0	>=45	>47,1
LESTE	Salvador	16,1	17,0	10,0	...	8,3	8,7	45,0	40,0	47,0
OESTE	Santa Maria da Vitória	62,4	57,6	64,2	...	45,4	69,9	45,0	>=45	>47,1
LESTE	Santo Antônio de Jesus	60,9	63,4	44,9	...	42,9	40,9	45,0	>=45	47,0
CENTRO-LESTE	Seabra	68,0	60,2	40,0	...	43,5	39,3	45,0	>=45	47,0
NORTE	Senhor do Bonfim	68,5	70,6	33,3	...	44,0	33,7	45,0	>=45	47,0
CENTRO-LESTE	Serrinha	52,6	64,5	48,3	...	41,3	44,7	45,0	>=45	>47,1
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	69,3	60,7	62,6	...	45,2	50,0	45,0	>=45	>47,1
SUL	Valença	55,3	75,3	48,7	...	58,5	47,5	45,0	>=45	>47,1
SUDOESTE	Vitória da Conquista	56,6	56,9	52,4	...	28,5	47,3	45,0	>=45	>47,1
Ignorado		5,3	7,5	1,3	...	9,3	2,9	45,0	40,0	47,0
<b>Bahia</b>	<b>Bahia</b>	<b>54,0</b>	<b>52,1</b>	<b>37,4</b>	...	<b>35,36</b>	<b>34,1</b>	<b>45,0</b>	<b>&gt;=45</b>	<b>47,0</b>

Fonte: <sup>1</sup>SESAB/DIS/SINAN; <sup>2</sup>Datasus/MS; <sup>3</sup> Sispecto - Relatório do estado da Bahia 2012 a 2014.

<sup>3</sup> Não houve pactuação regional, considerou-se para cada Região de Saúde o pactuado pelo estado da Bahia no período.

Dados atualizados até: 31/03/15

... Sem informação ou não passível de tabulação

Tabela 3 - Resultados do indicador "Proporção de óbitos maternos investigados, Bahia, 2012-2014.

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	Resultado outros SIS <sup>1</sup>			Resultado SISPACTO <sup>2</sup>			Metas Pactuadas <sup>3</sup>		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
NORDESTE	Alagoinhas	75,0	100,00	60,0	...	60,0	60,0	100	100	100
OESTE	Barreiras	100,0	0,00	100,0	...	...	...	100	100	100
SUDOESTE	Brumado	100,0	50,00	66,7	...	0,0	50,0	100	100	100
LESTE	Camaçari	66,7	71,43	0,0	...	100,0	0,0	100	100	100
LESTE	Cruz das Almas	0,0	100,00	0,0	...	100,0	0,0	100	100	100
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	60,0	100,00	25,0	...	0,0	25,0	100	100	100
SUDOESTE	Guanambi	100,0	100,00	100,0	...	80,0	100,0	100	100	100
OESTE	Ibotirama	100,0	100,00	100,0	...	50,0	100,0	100	100	100
SUL	Ilhéus	50,0	100,00	28,6	...	0,0	20,0	100	100	100
CENTRO-NORTE	Irecê	60,0	60,00	66,7	...	42,9	66,7	100	100	100
CENTRO-LESTE	Itaberaba	66,7	100,00	0,0	...	100,0	0,0	100	100	100
SUL	Itabuna	100,0	100,00	100,0	...	0,0	100,0	100	100	100
SUDOESTE	Itapetinga	100,0	100,00	-	...	0,0	...	100	100	100
CENTRO-NORTE	Jacobina	100,0	44,44	0,00	...	44,4	0,0	100	100	100
SUL	Jequié	100,0	100,00	50,0	...	100,0	100,0	100	100	100
NORTE	Juazeiro	100,0	100,00	57,1	...	40,0	66,7	100	100	100
NORTE	Paulo Afonso	100,0	50,00	50,0	...	100,0	0,0	100	100	100
EXTREMO SUL	Porto Seguro	100,0	100,00	100,0	...	83,3	100,0	100	100	100
NORDESTE	Ribeira do Pombal	100,0	100,00	0,0	...	50,0	0,0	100	100	100
LESTE	Salvador	100,0	78,26	62,1	...	68,8	62,5	100	100	100
OESTE	Santa Maria da Vitória	100,0	100,00	50,0	...	100,0	50,0	100	100	100
LESTE	Santo Antônio de Jesus	75,0	100,00	50,0	...	100,0	50,0	100	100	100
CENTRO-LESTE	Seabra	100,0	75,00	-	...	100,0	...	100	100	100
NORTE	Senhor do Bonfim	100,0	66,67	-	...	0,0	...	100	100	100
CENTRO-LESTE	Serrinha	75,0	50,00	25,0	...	50,0	28,6	100	100	100
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	37,5	100,00	66,7	...	25,0	66,7	100	100	100
SUL	Valença	80,0	100,00	50,0	...	66,7	100,0	100	100	100
SUDOESTE	Vitória da Conquista	87,5	60,00	80,0	...	40,0	0,0	100	100	100
Ignorado		0,0	-	-	...	...	...	100	100	100
<b>Bahia</b>	<b>Total</b>	<b>87,3</b>	<b>80,14</b>	<b>50,0</b>	<b>...</b>	<b>57,58</b>	<b>47,96</b>	<b>60,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: <sup>1</sup>SESAB/DIS/SINAN; <sup>2</sup>Datasus/MS; <sup>3</sup>Sispacto - Relatório do estado da Bahia 2012 a 2014.

<sup>3</sup> Não houve pactuação regional, considerou-se para cada Região de Saúde o preconizado pelo MS no período.

Dados atualizados até: 31/03/15

... Sem informação ou não passível de tabulação

Tabela 4. Resultados do indicador "Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados, na Bahia, 2012-2014.

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	Resultado outros SIS <sup>1</sup>			Resultado SISPACTO <sup>2</sup>			Metas Pactuadas <sup>3</sup>		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
NORDESTE	Alagoinhas	81,5	81,5	68,6	...	55,6	65,7	60,0	65,0	70,0
OESTE	Barreiras	82,5	84,7	67,3	...	77,8	67,5	60,0	65,0	70,0
SUDOESTE	Brumado	82,0	76,3	81,0	...	50,0	51,3	60,0	65,0	70,0
LESTE	Camaçari	51,5	44,7	23,9	...	43,0	23,7	60,0	65,0	70,0
LESTE	Cruz das Almas	77,8	84,6	61,8	...	44,9	62,1	60,0	65,0	70,0
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	75,9	74,4	27,4	...	50,3	28,2	60,0	65,0	70,0
SUDOESTE	Guanambi	88,5	65,8	45,9	...	52,0	46,1	60,0	65,0	70,0
OESTE	Ibotirama	89,1	77,4	51,2	...	47,4	59,4	60,0	65,0	70,0
SUL	Ilhéus	58,5	67,0	52,3	...	36,3	53,1	60,0	65,0	70,0
CENTRO-NORTE	Irecê	53,8	43,5	38,4	...	31,5	41,5	60,0	65,0	70,0
CENTRO-LESTE	Itaberaba	82,4	63,8	54,2	...	51,6	47,2	60,0	65,0	70,0
SUL	Itabuna	82,0	63,5	60,1	...	57,8	58,5	60,0	65,0	70,0
SUDOESTE	Itapetinga	79,8	80,4	75,0	...	69,9	56,9	60,0	65,0	70,0
CENTRO-NORTE	Jacobina	56,4	52,1	27,8	...	36,5	27,0	60,0	65,0	70,0
SUL	Jequié	57,0	73,1	54,8	...	50,0	52,4	60,0	65,0	70,0
NORTE	Juazeiro	80,3	77,3	60,7	...	58,7	57,1	60,0	65,0	70,0
NORTE	Paulo Afonso	96,3	86,1	66,7	...	78,9	63,4	60,0	65,0	70,0
EXTREMO SUL	Porto Seguro	98,5	98,7	84,2	...	80,7	86,5	60,0	65,0	70,0
NORDESTE	Ribeira do Pombal	92,5	96,3	61,5	...	65,3	57,7	60,0	65,0	70,0
LESTE	Salvador	34,7	39,2	23,2	...	26,0	24,3	60,0	65,0	70,0
OESTE	Santa Maria da Vitória	67,6	70,8	64,7	...	62,2	65,3	60,0	65,0	70,0
LESTE	Santo Antônio de Jesus	61,0	72,9	65,1	...	57,4	60,5	60,0	65,0	70,0
CENTRO-LESTE	Seabra	78,3	94,9	78,0	...	73,5	56,8	60,0	65,0	70,0
NORTE	Senhor do Bonfim	76,0	76,1	50,0	...	57,4	46,7	60,0	65,0	70,0
CENTRO-LESTE	Serrinha	71,4	78,6	73,0	...	63,8	67,3	60,0	65,0	70,0
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	75,8	77,4	71,9	...	61,4	65,6	60,0	65,0	70,0
SUL	Valença	91,6	86,4	48,9	...	73,0	53,2	60,0	65,0	70,0
SUDOESTE	Vitória da Conquista	59,5	44,1	40,5	...	20,7	37,1	60,0	65,0	70,0
Ignorado		0,0	26,7	0,0	...	11,1	0,0	60,0	65,0	70,0
<b>Bahia</b>	<b>Total</b>	<b>63,2</b>	<b>62,9</b>	<b>45,6</b>	<b>...</b>	<b>46,12</b>	<b>43,9</b>	<b>60,0</b>	<b>65,0</b>	<b>70,0</b>

Fonte: <sup>1</sup>SESAB/DIS/SINAN; <sup>2</sup>Datasus/MS; <sup>3</sup>Sispacto - Relatório do estado da Bahia 2012 a 2014.

<sup>3</sup> Não houve pactuação regional, considerou-se para cada Região de Saúde o pactuado pelo estado da Bahia, no período.

Dados atualizados até: 31/03/15

... Sem informação ou não passível de tabulação

Tabela 5 - Resultados do indicador "Número absoluto de óbitos por dengue, Bahia, 2012-2014

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	Resultado outros SIS <sup>1</sup>			Resultado SISPACTO <sup>2</sup>			Metas Pactuadas <sup>3</sup>		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
NORDESTE	Alagoinhas	...	...	...	0	...	0	0	0	2674
OESTE	Barreiras	0	1	1	0	...	1	0	0	61
SUDOESTE	Brumado	0	2	0	0	...	0	2	1	0
LESTE	Camaçari	3	0	0	0	...	0	4	2	0
LESTE	Cruz das Almas	1	0	1	0	...	1	0	0	0
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	3	2	0	0	...	0	3	2	122
SUDOESTE	Guanambi	2	2	1	0	...	1	1	1	0
OESTE	Ibotirama	0	0	0	0	...	0	0	0	0
SUL	Ilhéus	1	3	0	0	...	0	1	2	0
CENTRO-NORTE	Irecê	0	0	0	0	...	0	1	0	0
CENTRO-LESTE	Itaberaba	...	...	...	0	...	0	0	0	0
SUL	Itabuna	2	0	0	0	...	0	0	1	1
SUDOESTE	Itapetinga	...	...	...	0	...	0	0	0	0
CENTRO-NORTE	Jacobina	6	0	0	0	...	0	4	4	1
SUL	Jequié	3	2	0	0	...	0	2	1	1
NORTE	Juazeiro	0	0	1	0	...	1	0	0	0
NORTE	Paulo Afonso	...	...	...	0	...	0	0	0	0
EXTREMO SUL	Porto Seguro	0	1	0	0	...	0	1	1	0
NORDESTE	Ribeira do Pombal	0	1	0	0	...	0	0	1	0
LESTE	Salvador	6	2	10	0	...	8	9	7	4
OESTE	Santa Maria da Vitória	0	2	0	0	...	0	1	2	0
LESTE	Santo Antônio de Jesus	...	...	...	0	...	0	0	0	0
CENTRO-LESTE	Seabra	...	...	...	0	...	0	0	0	0
NORTE	Senhor do Bonfim	...	...	...	0	...	0	0	0	0
CENTRO-LESTE	Serrinha	1	0	0	0	...	0	2	0	3621
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	...	...	...	0	...	0	2	60	0
SUL	Valença	...	...	...	0	...	0	0	0	0
SUDOESTE	Vitória da Conquista	0	1	0	0	...	0	0	0	0
	Ignorado	...	...	...	0	...	0	0	0	0
<b>Bahia</b>	<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>...</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>24</b>

Fonte: <sup>1</sup>SESAB/DIS/SINAN; <sup>2</sup>Datasus/MS; <sup>3</sup>Sispacto - Relatório do estado da Bahia 2012 a 2014.

<sup>3</sup> Não houve pactuação regional, considerou-se a somatória da pactuação do conjunto de municípios de cada Região de Saúde, no período.

Dados atualizados até: 31/03/15

... Sem informação ou não passível de tabulação



Tabela 6. Análise do cumprimento das metas por Região de Saúde do indicador "Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantado", Bahia, 2012-2014

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	2012*	2012**	Parâmetro Estadual***	Parâmetro Federal	%	cumprimento	alcançe estadual	alcançe nacional	2013*	2013**	Parâmetro Estadual***	Parâmetro Federal	%	cumprimento	alcançe estadual	alcançe nacional	2014*	2014**	Parâmetro Estadual***	Parâmetro Federal	%	cumprimento	alcançe estadual	alcançe nacional
NORDESTE	Alagoinhas	14	34	37	41	41	não	não	não	19	44	48	53	43	não	não	não	22	65	78	78	34	não	não	não
OESTE	Barreiras	15	71	78	85	21	não	não	não	16	63	69	76	25	não	não	não	26	89	107	107	29	não	não	não
SUDOESTE	Brumado	7	4	4	5	175	sim	sim	sim	2	28	31	34	7	não	não	não	5	30	36	36	17	não	não	não
LESTE	Camaçari	8	17	19	20	47	não	não	não	11	15	17	18	73	não	não	não	13	19	23	23	68	não	não	não
LESTE	Cruz das Almas	2	37	41	44	5	não	não	não	7	10	11	12	70	não	não	não	16	15	18	18	107	sim	não	não
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	88	206	227	247	43	não	não	não	57	205	226	246	28	não	não	não	43	136	163	163	32	não	não	não
SUDOESTE	Guanambi	3	29	32	35	10	não	não	não	6	39	43	47	15	não	não	não	21	52	62	62	40	não	não	não
OESTE	Ibotirama	2	14	15	17	14	não	não	não	3	3	3	4	100	sim	sim	não	8	14	17	17	57	não	não	não
SUL	Ilhéus	14	23	25	28	61	não	não	não	8	35	39	42	23	não	não	não	7	20	24	24	35	não	não	não
CENTRO-NORTE	Irecê	2	23	25	28	9	não	não	não	11	20	22	24	55	não	não	não	12	54	65	65	22	não	não	não
CENTRO-LESTE	Itaberaba	10	16	18	19	63	não	não	não	12	15	17	18	90	não	não	não	19	33	40	40	58	não	não	não
SUL	Itabuna	15	73	80	88	21	não	não	não	18	139	153	167	13	não	não	não	30	57	68	68	53	não	não	não
SUDOESTE	Itapetinga	11	62	68	74	18	não	não	não	12	28	31	34	43	não	não	não	14	22	26	26	64	não	não	não
CENTRO-NORTE	Jacobina	12	35	39	42	34	não	não	não	36	36	40	43	100	sim	não	não	53	72	86	86	74	não	não	não
SUL	Jequié	22	151	166	181	15	não	não	não	26	190	209	228	14	não	não	não	21	129	155	155	16	não	não	não
NORTE	Juazeiro	19	109	120	131	17	não	não	não	20	45	50	54	44	não	não	não	23	44	53	53	52	não	não	não
NORTE	Paulo Afonso	19	41	45	49	46	não	não	não	19	39	43	47	49	não	não	não	17	42	50	50	40	não	não	não
EXTREMO SUL	Porto Seguro	25	34	37	41	74	não	não	não	33	66	73	79	50	não	não	não	23	58	70	70	40	não	não	não
NORDESTE	Ribeira do Pombal	7	23	25	28	30	não	não	não	6	22	24	26	27	não	não	não	5	30	36	36	17	não	não	não
LESTE	Salvador	47	59	65	71	80	não	não	não	77	76	84	91	101	sim	não	não	80	100	120	120	80	não	não	não
OESTE	Santa Maria da Vitória	10	72	79	86	14	não	não	não	11	51	56	61	22	não	não	não	13	66	79	79	20	não	não	não
LESTE	Santo Antônio de Jesus	14	41	45	49	34	não	não	não	28	51	56	61	55	não	não	não	29	95	114	114	31	não	não	não
CENTRO-LESTE	Seabra	6	13	14	16	46	não	não	não	5	17	19	20	29	não	não	não	7	20	24	24	35	não	não	não
NORTE	Senhor do Bonfim	7	12	13	14	58	não	não	não	8	45	50	54	18	não	não	não	16	49	59	59	33	não	não	não
CENTRO-LESTE	Serraíba	25	166	183	199	15	não	não	não	26	128	141	154	20	não	não	não	22	103	124	124	21	não	não	não
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	10	61	67	73	16	não	não	não	32	44	48	53	73	não	não	não	25	37	44	44	68	não	não	não
SUL	Valença	10	13	14	16	77	não	não	não	14	17	19	20	82	não	não	não	15	29	35	35	52	não	não	não
SUDOESTE	Vitória da Conquista	32	71	78	85	45	não	não	não	40	134	147	161	30	não	não	não	48	130	156	156	37	não	não	não
Bahia	ZTotal	456	666	733	799	68	não	não	não	563	498	548	598	113	não	não	não	633	667	800	800	95	não	não	não

Fonte: \*SESAB/DIS/SINAN; \*\*Sispacto - Relatório de pactuação do estado da Bahia 2012 a 2014.

\*\*\*Não houve pactuação regional, considerou-se a somatória da pactuação do conjunto de municípios de cada Região de Saúde, no período.

Dados atualizados até: 31/03/15

... Sem informação ou não passível de tabulação

Tabela 7 - Análise do cumprimento das metas por Região de Saúde do indicador "Proporção de óbitos infantis e fetais investigados, Bahia, 2012-2014

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	2012*	2012**	Parâmetro Estadual***	Parâmetro Federal***	cumprimento	alcançe estadual	alcançe nacional	2013*	2013**	Parâmetro Estadual***	Parâmetro Federal***	cumprimento	alcançe estadual	alcançe nacional	2014*	2014**	Parâmetro Estadual***	Parâmetro Federal***	cumprimento	alcançe estadual	alcançe nacional
NORDESTE	Alagoinhas	80,7	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	77,3	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	67,8	>=47,1	>=47,1	40,0	sim	sim	sim
OESTE	Barreiras	76,6	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	79,9	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	69,7	>=47,1	>=47,1	40,0	sim	sim	sim
SUDOESTE	Brumado	73,5	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	68,3	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	52,1	>=47,1	>=47,1	40,0	sim	sim	sim
LESTE	Camaçari	59,1	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	57,4	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	41,4	47,0	47,0	40,0	não	não	sim
LESTE	Cruz das Almas	53,2	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	65,3	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	34,4	47,0	47,0	40,0	não	não	não
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	54,7	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	54,0	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	29,7	47,0	47,0	40,0	não	não	não
SUDOESTE	Guanambi	66,5	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	41,4	40,0	40,0	40,0	não	não	não	17,7	47,0	47,0	40,0	não	não	não
OESTE	Ibotirama	80,8	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	80,0	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	59,3	>=47,1	>=47,1	40,0	sim	sim	sim
SUL	Ilhéus	60,1	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	54,7	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	20,9	47,0	47,0	40,0	não	não	não
CENTRO-NORTE	Irecê	38,8	45,0	45,0	35,0	não	não	sim	37,9	40,0	40,0	40,0	não	não	não	30,5	47,0	47,0	40,0	não	não	não
CENTRO-LESTE	Itaberaba	47,3	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	59,2	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	39,5	47,0	47,0	40,0	não	não	não
SUL	Itabuna	63,8	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	55,5	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	45,9	47,0	47,0	40,0	não	não	não
SUDOESTE	Itapetinga	77,7	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	67,7	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	68,4	>=47,1	>=47,1	40,0	sim	sim	sim
CENTRO-NORTE	Jacobina	38,0	45,0	45,0	35,0	não	não	sim	31,6	40,0	40,0	40,0	não	não	não	10,4	47,0	47,0	40,0	não	não	não
SUL	Jequié	75,0	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	80,8	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	60,0	>=47,1	>=47,1	40,0	sim	sim	sim
NORTE	Juazeiro	77,3	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	70,2	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	41,3	47,0	47,0	40,0	não	não	não
NORTE	Paulo Afonso	84,6	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	67,7	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	41,6	47,0	47,0	40,0	não	não	sim
EXTREMO SUL	Porto Seguro	98,2	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	99,4	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	76,4	>=47,1	>=47,1	40,0	sim	sim	sim
NORDESTE	Ribeira do Pombal	63,0	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	64,8	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	48,5	>=47,1	>=47,1	40,0	sim	sim	sim
LESTE	Salvador	16,1	45,0	45,0	35,0	não	não	não	17,0	40,0	40,0	40,0	não	não	não	10,0	47,0	47,0	40,0	não	não	não
OESTE	Santa Maria da Vitória	62,4	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	57,6	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	64,2	>=47,1	>=47,1	40,0	sim	sim	sim
LESTE	Santo Antônio de Jesus	60,9	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	63,4	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	44,9	47,0	47,0	40,0	não	não	sim
CENTRO-LESTE	Seabra	68,0	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	60,2	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	40,0	47,0	47,0	40,0	não	não	sim
NORTE	Senhor do Bonfim	68,5	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	70,6	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	33,3	47,0	47,0	40,0	não	não	não
CENTRO-LESTE	Serraíba	52,6	45,0	45,0	35,0	sim	sim	sim	64,5	>=45	>=45	40,0	sim	sim	sim	48,3	>=47,1	>=47,1	40,0	sim	sim	sim
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	69,3																				

**Tabela 8 - Análise do cumprimento das metas por Região de Saúde do indicador "Proporção de óbitos maternos investigados", Bahia, 2012-2014**

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	2012*	2012**	%	cumprimento e alcance dos parâmetros	2013*	2013**	%	cumprimento e alcance dos parâmetros	2014*	2014**	%	cumprimento e alcance dos parâmetros
NORDESTE	Alagoinhas	75,0	100	75	não	100,00	100	100	sim	60,0	100,0	60	não
OESTE	Barreiras	100,0	100	100	sim	0,00	100	0	não	100,0	100,0	100	sim
SUDOESTE	Brumado	100,0	100	100	sim	50,00	100	50	não	66,7	100,0	67	não
LESTE	Camaçari	66,7	100	67	não	71,43	100	71	não	0,0	100,0	0	não
LESTE	Cruz das Almas	0,0	100	0	não	100,00	100	100	sim	0,0	100,0	0	não
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	60,0	100	60	não	100,00	100	100	sim	25,0	100,0	25	não
SUDOESTE	Guanambi	100,0	100	100	sim	100,00	100	100	sim	100,0	100,0	100	sim
OESTE	Ibotirama	100,0	100	100	sim	100,00	100	100	sim	100,0	100,0	100	sim
SUL	Ilhéus	50,0	100	50	não	100,00	100	100	sim	28,6	100,0	29	não
CENTRO-NORTE	Irecê	60,0	100	60	não	60,00	100	60	não	66,7	100,0	67	não
CENTRO-LESTE	Itaberaba	66,7	100	67	não	100,00	100	100	sim	0,0	100,0	0	não
SUL	Itabuna	100,0	100	100	sim	100,00	100	100	sim	100,0	100,0	100	sim
SUDOESTE	Itapetinga	100,0	100	100	sim	100,00	100	100	sim	-	100,0	100	nsa
CENTRO-NORTE	Jacobina	100,0	100	100	sim	44,44	100	44	não	0,00	100,0	0	não
SUL	Jequié	100,0	100	100	sim	100,00	100	100	sim	50,0	100,0	50	não
NORTE	Juazeiro	100,0	100	100	sim	100,00	100	100	sim	57,1	100,0	57	não
NORTE	Paulo Afonso	100,0	100	100	sim	50,00	100	50	não	50,0	100,0	50	não
EXTREMO SUL	Porto Seguro	100,0	100	100	sim	100,00	100	100	sim	100,0	100,0	100	sim
NORDESTE	Ribeira do Pombal	100,0	100	100	sim	100,00	100	100	sim	0,0	100,0	0	não
LESTE	Salvador	100,0	100	100	sim	78,26	100	78	não	62,1	100,0	62	não
OESTE	Santa Maria da Vitória	100,0	100	100	sim	100,00	100	100	sim	50,0	100,0	50	não
LESTE	Santo Antônio de Jesus	75,0	100	75	não	100,00	100	100	sim	50,0	100,0	50	não
CENTRO-LESTE	Seabra	100,0	100	100	sim	75,00	100	75	não	-	100,0	100	nsa
NORTE	Senhor do Bonfim	100,0	100	100	sim	66,67	100	67	não	-	100,0	100	nsa
CENTRO-LESTE	Serrinha	75,0	100	75	não	50,00	100	50	não	25,0	100,0	25	não
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	37,5	100	38	não	100,00	100	100	sim	66,7	100,0	67	não
SUL	Valença	80,0	100	80	não	100,00	100	100	sim	50,0	100,0	50	não
SUDOESTE	Vitória da Conquista	87,5	100	88	não	60,00	100	60	não	80,0	100,0	80	não
Ignorado		0,0	100	0		-	100	100		-	100,0	100	
<b>Bahia</b>	<b>Total</b>	<b>87,3</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>não</b>	<b>80,14</b>	<b>100,0</b>	<b>80,1</b>	<b>não</b>	<b>50,0</b>	<b>100,0</b>	<b>50,0</b>	<b>não</b>

Fonte: \*SESAB/DIS/SINAN; \*\*Sispacto - Relatório de pactuação do estado da Bahia 2012 a 2014.

\*\*Não houve pactuação regional, considerou-se a somatória da pactuação do conjunto de municípios de cada Região de Saúde, no período.

Dados atualizados até: 31/03/15

... Sem informação ou não passível de tabulação

Tabela 9 - Análise do cumprimento das metas por Região de Saúde do indicador "Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados (MIF)", BAHIA, 2012-2014

MACROREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	2012*	2012**	Parametro estadual***	Parametro nacional	%	cumprimento	alcança parametro estadual	alcança parametro nacional	2013*	2013**	Parametro estadual***	Parametro nacional	%	cumprimento	alcança parametro estadual	alcança parametro nacional	2014*	2014**	Parametro estadual***	Parametro nacional	%	cumprimento	alcança parametro estadual	alcança parametro nacional
NORDESTE	Alagoíneas	81,5	60,0	60,0	>=65,0	135,8	sim	sim	sim	81,5	65,0	65,0	>=70,0	125,4	sim	sim	sim	68,6	70,0	70,0	>=70,0	98,0	não	não	não
OESTE	Barreiras	82,5	60,0	60,0	>=65,0	137,5	sim	sim	sim	84,7	65,0	65,0	>=70,0	130,3	sim	sim	sim	67,3	70,0	70,0	>=70,0	96,1	não	não	não
SUDOESTE	Brunado	82,0	60,0	60,0	>=65,0	136,7	sim	sim	sim	76,3	65,0	65,0	>=70,0	117,4	sim	sim	sim	81,0	70,0	70,0	>=70,0	115,7	sim	sim	sim
LESTE	Camagari	51,5	60,0	60,0	>=65,0	85,8	não	não	não	44,7	65,0	65,0	>=70,0	68,7	não	não	não	23,9	70,0	70,0	>=70,0	34,1	não	não	não
LESTE	Cruz das Almas	77,8	60,0	60,0	>=65,0	129,7	sim	sim	sim	94,6	65,0	65,0	>=70,0	130,2	sim	sim	sim	61,8	70,0	70,0	>=70,0	88,3	não	não	não
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	75,9	60,0	60,0	>=65,0	126,5	sim	sim	sim	74,4	65,0	65,0	>=70,0	114,5	sim	sim	sim	27,4	70,0	70,0	>=70,0	39,1	não	não	não
SUDOESTE	Guanambi	88,5	60,0	60,0	>=65,0	147,5	sim	sim	sim	65,8	65,0	65,0	>=70,0	101,2	sim	sim	sim	45,9	70,0	70,0	>=70,0	65,6	não	não	não
OESTE	Ibotirama	89,1	60,0	60,0	>=65,0	148,5	sim	sim	sim	77,4	65,0	65,0	>=70,0	119,0	sim	sim	sim	51,2	70,0	70,0	>=70,0	73,1	não	não	não
SUL	Ilhéus	58,5	60,0	60,0	>=65,0	97,5	não	não	não	67,0	65,0	65,0	>=70,0	103,0	sim	sim	sim	52,3	70,0	70,0	>=70,0	74,7	não	não	não
CENTRO-NORTE	Irecê	53,8	60,0	60,0	>=65,0	89,7	não	não	não	43,5	65,0	65,0	>=70,0	66,9	não	não	não	38,4	70,0	70,0	>=70,0	54,9	não	não	não
CENTRO-LESTE	Itaberaba	82,4	60,0	60,0	>=65,0	137,3	sim	sim	sim	63,8	65,0	65,0	>=70,0	98,1	não	não	não	54,2	70,0	70,0	>=70,0	77,4	não	não	não
SUL	Itabuna	82,0	60,0	60,0	>=65,0	136,7	sim	sim	sim	63,5	65,0	65,0	>=70,0	97,7	não	não	não	60,1	70,0	70,0	>=70,0	85,9	não	não	não
SUDOESTE	Itapetinga	79,8	60,0	60,0	>=65,0	133,0	sim	sim	sim	80,4	65,0	65,0	>=70,0	123,7	sim	sim	sim	75,0	70,0	70,0	>=70,0	107,1	sim	sim	sim
CENTRO-NORTE	Jacobina	56,4	60,0	60,0	>=65,0	94,0	não	não	não	52,1	65,0	65,0	>=70,0	80,1	não	não	não	27,8	70,0	70,0	>=70,0	39,7	não	não	não
SUL	Lequie	57,0	60,0	60,0	>=65,0	95,0	não	não	não	73,1	65,0	65,0	>=70,0	112,4	sim	sim	sim	54,8	70,0	70,0	>=70,0	78,3	não	não	não
NORTE	Juazeiro	80,3	60,0	60,0	>=65,0	133,8	sim	sim	sim	77,3	65,0	65,0	>=70,0	118,9	sim	sim	sim	60,7	70,0	70,0	>=70,0	86,7	não	não	não
NORTE	Paulo Afonso	96,3	60,0	60,0	>=65,0	160,5	sim	sim	sim	86,1	65,0	65,0	>=70,0	132,4	sim	sim	sim	66,7	70,0	70,0	>=70,0	95,3	não	não	não
EXTREMO SUL	Porto Seguro	98,5	60,0	60,0	>=65,0	164,2	sim	sim	sim	98,7	65,0	65,0	>=70,0	151,9	sim	sim	sim	84,2	70,0	70,0	>=70,0	120,3	sim	sim	sim
NORDESTE	Ribeira do Pombal	92,5	60,0	60,0	>=65,0	154,7	sim	sim	sim	98,3	65,0	65,0	>=70,0	148,1	sim	sim	sim	61,5	70,0	70,0	>=70,0	87,9	não	não	não
LESTE	Salvador	34,7	60,0	60,0	>=65,0	57,8	não	não	não	39,2	65,0	65,0	>=70,0	60,2	não	não	não	23,2	70,0	70,0	>=70,0	33,1	não	não	não
OESTE	Santa Maria da Vitória	67,6	60,0	60,0	>=65,0	112,7	sim	sim	sim	70,8	65,0	65,0	>=70,0	108,9	sim	sim	sim	64,7	70,0	70,0	>=70,0	92,4	não	não	não
LESTE	Santo Antônio de Jesus	61,0	60,0	60,0	>=65,0	101,7	sim	sim	sim	72,9	65,0	65,0	>=70,0	112,1	sim	sim	sim	65,1	70,0	70,0	>=70,0	93,0	não	não	não
CENTRO-LESTE	Seabra	78,3	60,0	60,0	>=65,0	130,5	sim	sim	sim	94,9	65,0	65,0	>=70,0	146,0	sim	sim	sim	78,0	70,0	70,0	>=70,0	111,4	sim	sim	sim
NORTE	Senhor do Bonfim	76,0	60,0	60,0	>=65,0	126,7	sim	sim	sim	76,1	65,0	65,0	>=70,0	117,0	sim	sim	sim	50,0	70,0	70,0	>=70,0	71,4	não	não	não
CENTRO-LESTE	Serrinha	71,4	60,0	60,0	>=65,0	119,0	sim	sim	sim	78,6	65,0	65,0	>=70,0	120,9	sim	sim	sim	73,0	70,0	70,0	>=70,0	104,3	sim	sim	sim
EXTREMO SUL	Taxeira de Freitas	75,8	60,0	60,0	>=65,0	126,1	sim	sim	sim	77,4	65,0	65,0	>=70,0	119,0	sim	sim	sim	71,9	70,0	70,0	>=70,0	102,7	sim	sim	sim
SUL	Valença	91,6	60,0	60,0	>=65,0	152,7	sim	sim	sim	86,4	65,0	65,0	>=70,0	133,0	sim	sim	sim	48,9	70,0	70,0	>=70,0	69,9	não	não	não
SUDOESTE	Vitória da Conquista	59,5	60,0	60,0	>=65,0	99,2	não	não	não	44,1	65,0	65,0	>=70,0	67,9	não	não	não	40,5	70,0	70,0	>=70,0	57,9	não	não	não
Ignorado		0,0	60,0	60,0	>=65,0	0,0				26,7	65,0	65,0	>=70,0	41,0				0,0	70,0	70,0	>=70,0	0,0			
<b>Bahia</b>	<b>Total</b>	<b>63,2</b>	<b>60,0</b>	<b>60,0</b>	<b>&gt;=65,0</b>	<b>105,3</b>	<b>sim</b>	<b>sim</b>	<b>não</b>	<b>62,9</b>	<b>65,0</b>	<b>65,0</b>	<b>&gt;=70,0</b>	<b>96,7</b>	<b>não</b>	<b>não</b>	<b>não</b>	<b>45,6</b>	<b>70,0</b>	<b>70,0</b>	<b>&gt;=70,0</b>	<b>65,1</b>	<b>não</b>	<b>não</b>	<b>não</b>

Fonte: \*SESAB/DIS/SINAN; \*\*Sispecto - Relatório de pactuação do estado da Bahia 2012 a 2014.

\*\* Não houve pactuação regional, considerou-se a somatória da pactuação do conjunto de municípios de cada Região de Saúde, no período.

Dados atualizados até: 31/03/15

... Sem informação ou não passível de tabulação

Tabela 10 - Análise do cumprimento das metas por Região de Saúde do indicador "Número absoluto de óbitos por dengue, Bahia, 2012-2014

MACROREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	2012*	2012**	parametro estadual***	parametro nacional***	%	cumprimento	Alcança Parametro Estadual	Alcança Parametro Nacional	2013*	2013**	parametro estadual***	parametro nacional***	%	cumprimento	Alcança Parametro Estadual	Alcança Parametro Nacional	2014*	2014**	parametro estadual***	parametro nacional***	%	cumprimento	Alcança Parametro Estadual	Alcança Parametro Nacional		
NORDESTE	Alagoíneas	...	0	0	0	...	NSA	NSA	NSA	...	0	0	0	0	...	nsa	nsa	nsa	...	2674	2674	2674	...	nsa	nsa	nsa	
OESTE	Barreiras	0	0	0	0	0	sim	sim	sim	1	0	0	0	0	100	não	não	não	1	0	0	0	100	não	não	não	
SUDOESTE	Brunado	0	2	2	2	100	sim	sim	sim	2	1	1	1	100	não	não	não	0	61	61	61	100	nsa	nsa	nsa		
LESTE	Camagari	3	4	4	4	25	sim	sim	sim	0	2	2	2	100	sim	sim	sim	0	0	0	0	0	sim	sim	sim		
LESTE	Cruz das Almas	1	0	0	0	100	não	não	não	0	0	0	0	0	0	sim	sim	sim	1	0	0	0	100	não	não	não	
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	3	3	3	3	0	sim	sim	sim	2	2	2	2	2	0	sim	sim	sim	0	122	122	122	100	nsa	nsa	nsa	
SUDOESTE	Guanambi	2	1	1	1	100	não	não	não	2	1	1	1	1	100	não	não	não	1	0	0	0	0	100	não	não	não
OESTE	Ibotirama	0	0	0	0	0	sim	sim	sim	0	0	0	0	0	0	sim	sim	sim	0	0	0	0	0	sim	sim	sim	
Ignorado		...	0	0	0	0	NSA	NSA	NSA	...	0	0	0	0	...	nsa	nsa	nsa	...	0	0	0	0	...	nsa	nsa	nsa
SUL	Ilhéus	...	1	1	1	0	sim	sim	sim	3	2	2	2	100	50	não	não	não	0	0	0	0	0	sim	sim	sim	
CENTRO-NORTE	Irecê	0	1	1	1	100	não	não	não	0	0	0	0	0	0	sim	sim	sim	0	0	0	0	0	0	sim	sim	sim
CENTRO-LESTE	Itaberaba	...	0	0	0	0	NSA	NSA	NSA	...	0	0	0	0	...	nsa	nsa	nsa	...	0	0	0	0	...	nsa	nsa	nsa
SUL	Itabuna	2	0	0	0	100	não	não	não	0	1	1	1	100	sim	sim	sim	0	1	1	1	100	sim	sim	sim		
SUDOESTE	Itapetinga	...	0	0	0	0	NSA	NSA	NSA	...	0	0	0	0	...	nsa	nsa	nsa	...	0	0	0	0	...	nsa	nsa	nsa
CENTRO-NORTE	Jacobina	6	4	4	4	50	não	não	não	0	4	4	4	100	sim	sim	sim	0	1	1	1	100	sim	sim	sim		
SUL	Lequie	3	2	2	2	50	não	não	não	2	1	1	1	100	não	não	não	0	1	1	1	100	sim	sim	sim		
NORTE	Juazeiro	0	0	0	0	0	sim	sim	sim	0	0	0	0	0	0	sim	sim	sim	1	0	0	0	0	100	não	não	não
NORTE	Paulo Afonso	...	0	0	0	0	NSA	NSA	NSA	...	0	0	0	0	...	nsa	nsa	nsa	...	0	0	0	0	...	nsa	nsa	nsa
EXTREMO SUL	Porto Seguro	0	1	1	1	100	sim	sim	sim	1	1	1	1	1	0	sim	sim	sim	0								

Tabela 11. Análise comparativa entre os sistemas (Sinan/Sispacto) do indicador " número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantado", Bahia, 2012-2014

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	2012*	2012**	Presença da Informação nos SIS	concordância	2013*	2013**	Presença da informação nos SIS	concordância	2014*	2014**	Presença da informação nos SIS	concordância
NORDESTE	Alagoinhas	10	14	sim	não	19	...	não	NSA	22	...	não	NSA
OESTE	Barreiras	14	15	sim	não	16	...	não	NSA	26	...	não	NSA
SUDOESTE	Brumado	7	7	sim	sim	2	...	não	NSA	5	...	não	NSA
LESTE	Camaçari	8	8	sim	sim	11	...	não	NSA	13	...	não	NSA
LESTE	Cruz das Almas	2	2	sim	sim	7	...	não	NSA	16	...	não	NSA
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	89	88	sim	não	57	...	não	NSA	43	...	não	NSA
SUDOESTE	Guanambi	3	3	sim	sim	6	...	não	NSA	21	...	não	NSA
OESTE	Ibotirama	2	2	sim	sim	3	...	não	NSA	8	...	não	NSA
SUL	Ilhéus	11	14	sim	não	8	...	não	NSA	7	...	não	NSA
CENTRO-NORTE	Irecê	2	2	sim	sim	11	...	não	NSA	12	...	não	NSA
CENTRO-LESTE	Itaberaba	6	10	sim	não	12	...	não	NSA	19	...	não	NSA
SUL	Itabuna	14	15	sim	não	18	...	não	NSA	30	...	não	NSA
SUDOESTE	Itapetinga	11	11	sim	sim	12	...	não	NSA	14	...	não	NSA
CENTRO-NORTE	Jacobina	11	12	sim	não	36	...	não	NSA	53	...	não	NSA
SUL	Jequié	21	22	sim	não	26	...	não	NSA	21	...	não	NSA
NORTE	Juazeiro	19	19	sim	sim	20	...	não	NSA	23	...	não	NSA
NORTE	Paulo Afonso	19	19	sim	sim	19	...	não	NSA	17	...	não	NSA
EXTREMO SUL	Porto Seguro	25	25	sim	sim	33	...	não	NSA	23	...	não	NSA
NORDESTE	Ribeira do Pombal	7	7	sim	sim	6	...	não	NSA	5	...	não	NSA
LESTE	Salvador	45	47	sim	não	77	...	não	NSA	80	...	não	NSA
OESTE	Santa Maria da Vitória	10	10	sim	sim	11	...	não	NSA	13	...	não	NSA
LESTE	Santo Antônio de Jesus	15	14	sim	não	28	...	não	NSA	29	...	não	NSA
CENTRO-LESTE	Seabra	5	6	sim	não	5	...	não	NSA	7	...	não	NSA
NORTE	Senhor do Bonfim	7	7	sim	sim	8	...	não	NSA	16	...	não	NSA
CENTRO-LESTE	Serrinha	22	25	sim	não	26	...	não	NSA	22	...	não	NSA
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	10	10	sim	sim	32	...	não	NSA	25	...	não	NSA
SUL	Valença	9	10	sim	não	14	...	não	NSA	15	...	não	NSA
SUDOESTE	Vitória da Conquista	32	32	sim	sim	40	...	não	NSA	48	...	não	NSA
<b>Bahia</b>	<b>Total</b>	<b>436</b>	<b>456</b>			<b>563</b>	<b>...</b>			<b>633</b>	<b>...</b>		

Fonte: \*SESAB/DIS/SINAN ; Datasus/MS\*\*

Dados atualizados até: 31/03/15

... Sem informação ou não passível de tabulação

Tabela 12. Análise comparativa entre os sistemas (SIM/Sispacto) do indicador "Proporção de óbitos infantis e fetais investigados", Bahia, 2012-2014

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	2012*	2012**	Presença da Informação nos SIS	concordância	2013*	2013**	Presença da informação nos SIS	concordância	2014*	2014**	Presença da informação nos SIS	concordância
NORDESTE	Alagoinhas	...	80,7	não	NSA	52,4	77,3	sim	não	58,8	67,8	sim	não
OESTE	Barreiras	...	76,6	não	NSA	70,0	79,9	sim	não	72,2	69,7	sim	não
SUDOESTE	Brumado	...	73,5	não	NSA	33,9	68,3	sim	não	44,9	52,1	sim	não
LESTE	Camaçari	...	59,1	não	NSA	51,5	57,4	sim	não	38,1	41,4	sim	não
LESTE	Cruz das Almas	...	53,2	não	NSA	28,2	65,3	sim	não	30,1	34,4	sim	não
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	...	54,7	não	NSA	32,9	54,0	sim	não	23,4	29,7	sim	não
SUDOESTE	Guanambi	...	66,5	não	NSA	27,4	41,4	sim	não	19,5	17,7	sim	não
OESTE	Ibotirama	...	80,8	não	NSA	57,0	80,0	sim	não	56,3	59,3	sim	não
SUL	Ilhéus	...	60,1	não	NSA	35,5	54,7	sim	não	14,3	20,9	sim	não
CENTRO-NORTE	Irecê	...	38,8	não	NSA	26,5	37,9	sim	não	31,7	30,5	sim	não
CENTRO-LESTE	Itaberaba	...	47,3	não	NSA	52,3	59,2	sim	não	31,9	39,5	sim	não
SUL	Itabuna	...	63,8	não	NSA	35,4	55,5	sim	não	30,5	45,9	sim	não
SUDOESTE	Itapetinga	...	77,7	não	NSA	58,2	67,7	sim	não	57,5	68,4	sim	não
CENTRO-NORTE	Jacobina	...	38,0	não	NSA	16,1	31,6	sim	não	8,3	10,4	sim	não
SUL	Jequié	...	75,0	não	NSA	50,5	80,8	sim	não	59,1	60,0	sim	não
NORTE	Juazeiro	...	77,3	não	NSA	48,7	70,2	sim	não	43,9	41,3	sim	não
NORTE	Paulo Afonso	...	84,6	não	NSA	57,7	67,7	sim	não	38,8	41,6	sim	não
EXTREMO SUL	Porto Seguro	...	98,2	não	NSA	76,2	99,4	sim	não	82,6	76,4	sim	não
NORDESTE	Ribeira do Pombal	...	63,0	não	NSA	51,8	64,8	sim	não	43,2	48,5	sim	não
LESTE	Salvador	...	16,1	não	NSA	8,3	17,0	sim	não	8,7	10,0	sim	não
OESTE	Santa Maria da Vitória	...	62,4	não	NSA	45,4	57,6	sim	não	69,9	64,2	sim	não
LESTE	Santo Antônio de Jesus	...	60,9	não	NSA	42,9	63,4	sim	não	40,9	44,9	sim	não
CENTRO-LESTE	Seabra	...	68,0	não	NSA	43,5	60,2	sim	não	39,3	40,0	sim	não
NORTE	Senhor do Bonfim	...	68,5	não	NSA	44,0	70,6	sim	não	33,7	33,3	sim	não
CENTRO-LESTE	Serrinha	...	52,6	não	NSA	41,3	64,5	sim	não	44,7	48,3	sim	não
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	...	69,3	não	NSA	45,2	60,7	sim	não	50,0	62,6	sim	não
SUL	Valença	...	55,3	não	NSA	58,5	75,3	sim	não	47,5	48,7	sim	não
SUDOESTE	Vitória da Conquista	...	56,6	não	NSA	28,5	56,9	sim	não	47,3	52,4	sim	não
ignorado		...	5,3	não	NSA	9,3	7,5	sim	não	2,9	1,3	sim	não
<b>Bahia</b>	<b>Bahia</b>	...	<b>54,0</b>			<b>35,36</b>	<b>52,1</b>			<b>34,1</b>	<b>37,4</b>		

Fonte: \*SESAB/DIS/SINAN ; Datasus/MS\*\*

Dados atualizados até: 31/03/15

... Sem informação ou não passível de tabulação

Tabela 13. Análise comparativa entre os sistemas (SIM/Sispecto) do indicador "Proporção de óbitos maternos investigados", Bahia, 2012-2014

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	2012*	2012**	Presença da Informação nos SIS	concordância	2013*	2013**	Presença da informação nos SIS	concordância	2014*	2014**	Presença da informação nos SIS	concordância
NORDESTE	Alagoinhas	75,0	...	não	NSA	100,00	60,0	sim	não	60,0	60,0	sim	sim
OESTE	Barreiras	100,0	...	não	NSA	0,00	...	nsa	nsa	100,0	100,0	sim	sim
SUDOESTE	Brumado	100,0	...	não	NSA	50,00	0,0	sim	não	66,7	50,0	sim	não
LESTE	Camaçari	66,7	...	não	NSA	71,43	100,0	sim	não	0,0	0,0	sim	sim
LESTE	Cruz das Almas	0,0	...	não	NSA	100,00	100,0	sim	sim	0,0	0,0	sim	sim
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	60,0	...	não	NSA	100,00	0,0	sim	não	25,0	25,0	sim	sim
SUDOESTE	Guanambi	100,0	...	não	NSA	100,00	80,0	sim	não	100,0	100,0	sim	sim
OESTE	Ibotirama	100,0	...	não	NSA	100,00	50,0	sim	não	100,0	100,0	sim	sim
SUL	Ilhéus	50,0	...	não	NSA	100,00	0,0	sim	não	28,6	20,0	sim	não
CENTRO-NORTE	Irecê	60,0	...	não	NSA	60,00	42,9	sim	não	66,7	66,7	sim	sim
CENTRO-LESTE	Itaberaba	66,7	...	não	NSA	100,00	100,0	sim	sim	0,0	0,0	sim	sim
SUL	Itabuna	100,0	...	não	NSA	100,00	0,0	sim	não	100,0	100,0	sim	sim
SUDOESTE	Itapetinga	100,0	...	não	NSA	100,00	0,0	sim	não	NSA	NSA	sim	sim
CENTRO-NORTE	Jacobina	100,0	...	não	NSA	44,44	44,4	sim	sim	0,00	0,0	sim	sim
SUL	Jequié	100,0	...	não	NSA	100,00	100,0	sim	sim	50,0	100,0	sim	não
NORTE	Juazeiro	100,0	...	não	NSA	100,00	40,0	sim	não	57,1	66,7	sim	não
NORTE	Paulo Afonso	100,0	...	não	NSA	50,00	100,0	sim	não	50,0	0,0	sim	não
EXTREMO SUL	Porto Seguro	100,0	...	não	NSA	100,00	83,3	sim	não	100,0	100,0	sim	sim
NORDESTE	Ribeira do Pombal	100,0	...	não	NSA	100,00	50,0	sim	não	0,0	0,0	sim	sim
LESTE	Salvador	100,0	...	não	NSA	78,26	68,8	sim	não	62,1	62,5	sim	não
OESTE	Santa Maria da Vitória	100,0	...	não	NSA	100,00	100,0	sim	sim	50,0	50,0	sim	sim
LESTE	Santo Antônio de Jesus	75,0	...	não	NSA	100,00	100,0	sim	sim	50,0	50,0	sim	sim
CENTRO-LESTE	Seabra	100,0	...	não	NSA	75,00	100,0	sim	não	NSA	NSA	sim	sim
NORTE	Senhor do Bonfim	100,0	...	não	NSA	66,67	0,0	sim	não	NSA	NSA	sim	sim
CENTRO-LESTE	Serrinha	75,0	...	não	NSA	50,00	50,0	sim	sim	25,0	28,6	sim	não
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	37,5	...	não	NSA	100,00	25,0	sim	não	66,7	66,7	sim	sim
SUL	Valença	80,0	...	não	NSA	100,00	66,7	sim	não	50,0	100,0	sim	não
SUDOESTE	Vitória da Conquista	87,5	...	não	NSA	60,00	40,0	sim	não	80,0	0,0	sim	não
Ignorado		0,0	...	não		-	...			-	...		
<b>Bahia</b>	<b>Total</b>	<b>87,3</b>	<b>...</b>			<b>80,14</b>	<b>57,58</b>			<b>50,0</b>	<b>47,96</b>		

Fonte: \*SESAB/DIS/SINAN ; Datasus/MS\*\*

Dados atualizados até: 31/03/15

... Sem informação ou não passível de tabulação

Tabela 14. Análise comparativa entre os sistemas (SIM/Sispacto) do indicador "Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados", Bahia, 2012-2014

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	2012*	2012**	Presença da Informação nos SIS	concordância	2013*	2013**	Presença da informação nos SIS	concordância	2014*	2014**	Presença da informação nos SIS	concordância
NORDESTE	Alagoinhas	81,5	...	não	NSA	81,5	55,6	sim	não	68,6	65,7	sim	não
OESTE	Barreiras	82,5	...	não	NSA	84,7	77,8	sim	não	67,3	67,5	sim	não
SUDOESTE	Brumado	82,0	...	não	NSA	76,3	50,0	sim	não	81,0	51,3	sim	não
LESTE	Camaçari	51,5	...	não	NSA	44,7	43,0	sim	não	23,9	23,7	sim	não
LESTE	Cruz das Almas	77,8	...	não	NSA	84,6	44,9	sim	não	61,8	62,1	sim	não
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	75,9	...	não	NSA	74,4	50,3	sim	não	27,4	28,2	sim	não
SUDOESTE	Guanambi	88,5	...	não	NSA	65,8	52,0	sim	não	45,9	46,1	sim	não
OESTE	Ibotirama	89,1	...	não	NSA	77,4	47,4	sim	não	51,2	59,4	sim	não
SUL	Ilhéus	58,5	...	não	NSA	67,0	36,3	sim	não	52,3	53,1	sim	não
CENTRO-NORTE	Irecê	53,8	...	não	NSA	43,5	31,5	sim	não	38,4	41,5	sim	não
CENTRO-LESTE	Itaberaba	82,4	...	não	NSA	63,8	51,6	sim	não	54,2	47,2	sim	não
SUL	Itabuna	82,0	...	não	NSA	63,5	57,8	sim	não	60,1	58,5	sim	não
SUDOESTE	Itapetinga	79,8	...	não	NSA	80,4	69,9	sim	não	75,0	56,9	sim	não
CENTRO-NORTE	Jacobina	56,4	...	não	NSA	52,1	36,5	sim	não	27,8	27,0	sim	não
SUL	Jequié	57,0	...	não	NSA	73,1	50,0	sim	não	54,8	52,4	sim	não
NORTE	Juazeiro	80,3	...	não	NSA	77,3	58,7	sim	não	60,7	57,1	sim	não
NORTE	Paulo Afonso	96,3	...	não	NSA	86,1	78,9	sim	não	66,7	63,4	sim	não
EXTREMO SUL	Porto Seguro	98,5	...	não	NSA	98,7	80,7	sim	não	84,2	86,5	sim	não
NORDESTE	Ribeira do Pombal	92,5	...	não	NSA	96,3	65,3	sim	não	61,5	57,7	sim	não
LESTE	Salvador	34,7	...	não	NSA	39,2	26,0	sim	não	23,2	24,3	sim	não
OESTE	Santa Maria da Vitória	67,6	...	não	NSA	70,8	62,2	sim	não	64,7	65,3	sim	não
LESTE	Santo Antônio de Jesus	61,0	...	não	NSA	72,9	57,4	sim	não	65,1	60,5	sim	não
CENTRO-LESTE	Seabra	78,3	...	não	NSA	94,9	73,5	sim	não	78,0	56,8	sim	não
NORTE	Senhor do Bonfim	76,0	...	não	NSA	76,1	57,4	sim	não	50,0	46,7	sim	não
CENTRO-LESTE	Serrinha	71,4	...	não	NSA	78,6	63,8	sim	não	73,0	67,3	sim	não
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	75,8	...	não	NSA	77,4	61,4	sim	não	71,9	65,6	sim	não
SUL	Valença	91,6	...	não	NSA	86,4	73,0	sim	não	48,9	53,2	sim	não
SUDOESTE	Vitória da Conquista	59,5	...	não	NSA	44,1	20,7	sim	não	40,5	37,1	sim	não
Ignorado		0,0	...			26,7	11,1	sim		0,0	0,0	sim	
<b>Bahia</b>	<b>Total</b>	<b>63,2</b>	<b>...</b>			<b>62,9</b>	<b>46,12</b>			<b>45,6</b>	<b>43,9</b>		

Fonte: \*SESAB/DIS/SINAN ; Datasus/MS\*\*

Dados atualizados até: 31/03/15

... Sem informação ou não passível de tabulação

Tabela 15. Análise comparativa entre os sistemas (Sinan/Sispacto) do indicador "Número absoluto de óbito por dengue", Bahia, 2012-2014

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	2012*	2012**	Presença da Informação nos SIS	concordância	2013*	2013**	Presença da informação nos SIS	concordância	2014*	2014**	Presença da informação nos SIS	concordância
NORDESTE	Alagoinhas	...	0	não	não	...	...	não	NSA	...	0	não	não
OESTE	Barreiras	0	0	sim	sim	1	...	não	NSA	1	1	sim	sim
SUDOESTE	Brumado	0	0	sim	sim	2	...	não	NSA	0	0	sim	sim
LESTE	Camaçari	3	0	sim	não	0	...	não	NSA	0	0	sim	sim
LESTE	Cruz das Almas	1	0	sim	não	0	...	não	NSA	1	1	sim	sim
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	3	0	sim	não	2	...	não	NSA	0	0	sim	sim
SUDOESTE	Guanambi	2	0	sim	não	2	...	não	NSA	1	1	sim	sim
OESTE	Ibotirama	0	0	sim	sim	0	...	não	NSA	0	0	sim	sim
SUL	Ilhéus	1	0	sim	não	3	...	não	NSA	0	0	sim	sim
CENTRO-NORTE	Irecê	0	0	sim	sim	0	...	não	NSA	0	0	sim	sim
CENTRO-LESTE	Itaberaba	...	0	não	não	...	...	não	NSA	...	0	não	não
SUL	Itabuna	2	0	sim	não	0	...	não	NSA	0	0	sim	sim
SUDOESTE	Itapetinga	...	0	não	não	...	...	não	NSA	...	0	não	não
CENTRO-NORTE	Jacobina	6	0	sim	não	0	...	não	NSA	0	0	sim	sim
SUL	Jequié	3	0	sim	não	2	...	não	NSA	0	0	sim	sim
NORTE	Juazeiro	0	0	sim	sim	0	...	não	NSA	1	1	sim	sim
NORTE	Paulo Afonso	...	0	não	não	...	...	não	NSA	...	0	não	não
EXTREMO SUL	Porto Seguro	0	0	sim	sim	1	...	não	NSA	0	0	sim	sim
NORDESTE	Ribeira do Pombal	0	0	sim	sim	1	...	não	NSA	0	0	sim	sim
LESTE	Salvador	6	0	sim	não	2	...	não	NSA	10	8	sim	não
OESTE	Santa Maria da Vitória	0	0	sim	sim	2	...	não	NSA	0	0	sim	não
LESTE	Santo Antônio de Jesus	...	0	não	não	...	...	não	NSA	...	0	não	não
CENTRO-LESTE	Seabra	...	0	não	não	...	...	não	NSA	...	0	não	não
NORTE	Senhor do Bonfim	...	0	não	não	...	...	não	NSA	...	0	não	não
CENTRO-LESTE	Serrinha	1	0	sim	não	0	...	não	NSA	0	0	sim	sim
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	...	0	não	não	...	...	não	NSA	...	0	não	não
SUL	Valença	...	0	não	não	...	...	não	NSA	...	0	não	não
SUDOESTE	Vitória da Conquista	0	0	sim	sim	1	...	não	NSA	0	0	sim	sim
	Ignorado	...	0	não	NSA	...	...	não	NSA	...	0	não	NSA
<b>Bahia</b>	<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>0</b>			<b>19</b>	<b>...</b>			<b>14</b>	<b>12</b>		

Fonte: \*SESAB/DIS/SINAN ; Datasus/MS\*\*

Dados atualizados até: 31/03/15

... Sem informação ou não passível de tabulação



**APÊNDICE C – Projeto de Pesquisa**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM CONCENTRAÇÃO  
EM EPIDEMIOLOGIA**

**PROJETO DE PESQUISA**

**INDICADORES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA APLICADOS NA  
PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA NA BAHIA.**

**TATIANA CERQUEIRA MACHADO**

**SALVADOR**

**2015**

**TATIANA CERQUEIRA MACHADO**

**INDICADORES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA APLICADOS NA  
PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA NA BAHIA.**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA para exame de Qualificação do Mestrado Profissionalizante, área de concentração em Epidemiologia.

**Orientador: Prof. Dr. Eduardo Mota**

Salvador

2015

## RESUMO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) várias iniciativas foram tomadas para melhorar sua qualidade e superar as dificuldades próprias do sistema, a fim de otimizar a prestação dos serviços de saúde e garantir o acesso universal. Nesta perspectiva de avanço estratégico, é publicado o Decreto 7.508/2011 em substituição ao Pacto pela Saúde, que traz a perspectiva da regionalização contratualizada e responsabilização sanitária através da assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que dentre outros objetivos, valoriza a relação solidária entre os gestores e visa contribuir com a melhora da situação de saúde da população, a partir de diretrizes, metas e indicadores que tenham impacto sobre a situação de saúde da população. O projeto tem como objetivo estudar os indicadores da vigilância epidemiológicas aplicados na pactuação na Bahia, entre 2012 a 2014, bem como a qualidade dos dados registrados no Sistema de Pactuação de Indicadores (Sispacto). Será realizado um estudo ecológico, tendo as 28 Regiões de Saúde do Estado como unidades de análises, utilizando dados secundários dos sistemas de informações de base nacional. Os selecionados para o estudo foram: Número de unidades de saúde com o serviço de violência doméstica, sexual e outras violências implantado; proporção de óbitos infantis e fetais investigados; proporção de óbitos maternos investigados; proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados e número absoluto de óbitos por dengue. Será realizada a tabulação dos dados no programa Excel<sup>®</sup>, os resultados serão analisados tendo em vista o desempenho dos indicadores por região de saúde no período, por meio da análise do cumprimento das metas pactuadas e alcance dos parâmetros oficiais. Também, será feita a análise da qualidade dos registros dos dados no Sispacto quando comparados aos registrados sistemas de informação de base nacional.

Palavras chave: Pactuação, Indicadores de saúde, Sispacto e vigilância epidemiológica.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### **Quadros**

**PÁG. 26**

Quadro 1. Indicadores de saúde pactuados pelos municípios da Bahia, entre 2012 – 2014.

### **Figuras**

**PÁG. 32**

Figura 1. Distribuição espacial das Regiões de Saúde do estado da Bahia/PDR, 2012.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- CGR** - Colegiados de Gestão Regional
- CIB** – Comissão Intergestores Bipartite
- CIR** – Comissão Intergestores Regionais
- CIT** – Comissão Intergestores Tripartite
- CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- COAP** - Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
- CONASS** - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- COPLAM** – Coordenação de Planejamento e Monitoramento das Ações Descentralizadas de Vigilância Epidemiológica
- COSEMS** - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- DATASUS** - Departamento de Informática do SUS
- DIS** – Diretoria de Informação em Saúde
- DIVEP** – Diretoria de Vigilância Epidemiológica
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ISC** – Instituto de Saúde Coletiva
- LOS** - Lei Orgânica da Saúde
- MIF** – Mulheres em Idade Fértil
- MS** - Ministério da Saúde
- NOAS** - Normas Operacionais da Assistência à Saúde
- NOB** - Normas Operacionais Básicas
- PAB** - Piso Assistencial Básico
- PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PDR** - Plano Diretor de Regionalização
- PES** - Plano Estadual de Saúde
- PLANEJASUS** – Sistema de Planejamento do SUS
- PNS** - Plano Nacional de Saúde
- PPI-ECD** - Programação Pactuada da Epidemiologia e Controle de Doenças
- PPI-VS** – Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde

**PS** – Pacto pela Saúde

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**RENAME** – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

**RENASES** – Relação Nacional de Serviços de Saúde

**SARGUS** – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

**SESAB** – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

**SIM** – Sistema de Informação sobre Mortalidade

**SINAN**– Sistema de Informações de Agravos de Notificação

**SIS** – Sistema de Informação em Saúde

**SISPACTO** – Sistema de Pactuação de Indicadores

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCG** - Termo de Compromisso de Gestão

**UFBA** – Universidade Federal da Bahia

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	
2. JUSTIFICATIVA.....	
3. PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO .....	
4. OBJETIVOS.....	
4.1 Objetivo Geral .....	
4.2 Específicos.....	
5. REVISÃO DE LITERATURA .....	
5.1 Uso de indicadores de saúde no Pacto da Atenção Básica .....	
5.2 O Pacto pela Saúde e o uso de indicadores de saúde .....	
5.3 Pactuação de indicadores no advento do Decreto 7.508/2011 .....	
6. ELEMENTOS CONCEITUAIS .....	
7. METODOLOGIA .....	
8.1 Característica do estudo.....	
8.2 Área de abrangência, população e período do estudo .....	
8.3 Fonte de dados .....	
8.4 Variáveis e indicadores.....	
8.5 Plano de análise .....	
8. ASPECTOS ÉTICOS.....	
9. ANÁLISE DE VIABILIDADE .....	
10. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DE PESQUISA.....	
REFERÊNCIAS .....	

## INTRODUÇÃO

A necessidade de implementar os processos de descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde está na agenda do setor saúde desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. Coerente com o modelo federativo implantado no país após a abertura política, a condução da política de saúde favoreceu a ampliação da autonomia administrativa e financeira dos municípios na busca pela otimização da prestação dos serviços públicos de saúde<sup>1,2</sup>.

Desde 1999, com a criação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, a pactuação de indicadores foi uma das estratégias utilizadas pela instância nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) para acompanhar o desempenho dos municípios e Estados na execução das ações e serviços, reforçando o papel da epidemiologia no monitoramento e avaliação da situação de saúde da população e como subsídio para qualificação da gestão<sup>3,4</sup>.

Em 2006, a Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro, instituiu o Pacto pela Saúde, considerado como um conjunto de reformas institucionais, organizadas a partir de três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, contendo prioridades expressas em objetivos e metas constantes no Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Com isso, os gestores passam a pactuar anualmente e a orientar a gestão por resultados sanitários que tragam impacto sobre a situação de saúde da população, acompanhados a partir de metas e indicadores de saúde. Rompendo assim, com o pacto realizado através das normas infraconstitucionais editadas a partir da década de 90, voltadas para a operacionalização do sistema de saúde<sup>5,6,7</sup>.

Visando o aprimoramento das relações interfederativas, o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, editado após 21 anos da criação do SUS, trouxe como contribuições para a gestão do sistema avanços na regionalização da saúde, fortalecimento do planejamento integrado e da articulação interfederativa, estabelecendo a formalização dos acordos com a assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), além da instituição das responsabilidades sanitárias, indicadores de saúde e metas, com vistas a medir o desempenho dos sistemas municipais de saúde<sup>8,9,10</sup>.

Com o propósito de auxiliar o processo de avaliação e monitoramento das ações e serviços de saúde, a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que versa sobre o financiamento tripartite e as formas de rateio dos recursos, traz um elenco de sete indicadores



de saúde passíveis de serem acompanhados através do Sistema de Pactuação de Indicadores e (SISPACTO) e da tabulação dos dados nos sistemas de informação de base nacional<sup>13</sup>.

No decurso de transição entre o Pacto pela Saúde e o estabelecimento do COAP, a Resolução CIT nº 4, de 19 de julho de 2012, que dispõe sobre as diretrizes, objetivos, metas e indicadores para a pactuação no ano 2012, trazendo um rol de 31 indicadores de saúde, correlacionados às diretrizes do Plano Nacional de Saúde. Em 2013, dando continuidade, a Resolução CIT nº 5, de 21 de março, trouxe definições com vistas a favorecer o processo de planejamento integrado do SUS e a implementação do COAP, contendo um rol de 67 indicadores de saúde a serem pactuados no período de 2013 a 2015<sup>11,12</sup>.

## **JUSTIFICATIVA**

Na área da vigilância em saúde, o processo de pactuação induzido a partir do Decreto 7.508/2011 e da Lei Complementar 141/2012 reforça a utilização de alguns indicadores da vigilância epidemiológica na avaliação da oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial, a saber: número de unidades de saúde com o serviço de violência doméstica, sexual e outras violências implantado; proporção de óbitos infantis e fetais investigados; proporção de óbitos maternos investigados; proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados e número absoluto de óbitos por dengue.

Ressalta-se que estes indicadores mantêm relação com o quadro de saúde do estado da Bahia, que apresenta como problemas relevantes a elevada taxa de mortalidade infantil e a manutenção da alta taxa de mortalidade materna; a ocorrência de mortes violentas com tendência crescente e as mortes relacionadas com algumas doenças infecciosas e parasitárias, principalmente relacionada às epidemias de dengue, entre outros<sup>1,2</sup>.

E, por conseguinte, entende-se que o uso de indicadores na pactuação interfederativa é uma das estratégias utilizadas pela instância nacional do SUS para acompanhar o desempenho dos sistemas locais de saúde, no entendimento de que existe um compromisso da gestão do sistema em obter resultados que tenham impacto sobre a situação de saúde da população<sup>3,4,5</sup>.

Nesse contexto, entende-se que os indicadores de saúde pactuados a partir de metas nacionais entre o estado e os municípios constituem-se importante ferramenta para

qualificação e avaliações das ações e serviços de saúde. Dessa forma, diante da importância do uso de indicadores de saúde enquanto na avaliação da efetivação do direito a saúde e da inexistência de estudos que abordem a temática na Bahia, a pesquisa tem como objetivo Estudar os indicadores da vigilância epidemiológica pactuados pelos municípios do estado da Bahia, no contexto do Decreto 7.508/2011 e da Lei Complementar 141/2012, entre 2012 e 2014, analisando também a qualidade dos dados registrados no Sistema de Pactuação de Indicadores (Sispacto), quando comparados aos sistemas de informação de base nacional. Espera-se contribuir para o acúmulo de conhecimento nesta área e subsidiar o processo de planejamento integrado e o aprimoramento da pactuação interfederativa.

## **PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO**

Considerando a relevância do uso dos indicadores de saúde enquanto instrumentos que possibilitam avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, esta pesquisa se propõe a responder às seguintes perguntas:

- Como se comportaram os indicadores de saúde pactuados pelos municípios do estado da Bahia, no período de 2012 a 2014?
- Qual o percentual de municípios por região de saúde que alcançaram as metas pactuadas registradas no SISPACTO, no período de 2012 a 2014?
- Existem divergências entre os dados registrados no SISPACTO e nas bases de dados nacionais que foram utilizados para acompanhamento dos indicadores de saúde selecionados, no período de 2012 a 2014?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Estudar os indicadores da vigilância epidemiológica pactuados pelos municípios do estado da Bahia, no contexto do Decreto 7.508/2011 e da Lei Complementar 141/2012, entre 2012 e 2014, analisando também a qualidade dos dados registrados no Sistema de Pactuação de Indicadores (Sispacto), quando comparados aos sistemas de informação de base nacional.

### **Específicos**

- Analisar o desempenho dos indicadores de saúde selecionados da pactuação interfederativa, por região de saúde da Bahia, no período 2012 a 2014;
- Descrever o percentual de regiões de saúde da Bahia que alcançou as metas pactuadas registradas no Sispacto, no período de 2012 a 2014, comparando com os parâmetros do Estado e Nacionais.
- Analisar a confiabilidade dos dados registrados no Sispacto quando comparados aos Sistemas de Informação de base nacional utilizados para acompanhamento dos indicadores de saúde selecionados, no período de 2012 a 2014;

## REVISÃO DE LITERATURA

### Uso de indicadores de saúde no Pacto da Atenção Básica

Várias normas foram editadas visando direcionar a gestão do SUS para a responsabilização sobre os resultados alcançados na prestação dos serviços públicos de saúde com o propósito de buscar a eficácia, eficiência e efetividade, tendo em vista a escassez de recursos financeiros e a necessidade de coordenação da política de saúde.

A primeira norma que introduziu o uso de indicadores na gestão da saúde foi a Portaria GM/MS 3925/98, que aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica no SUS e criou o Pacto de Indicadores da Atenção Básica para acompanhar e avaliar o resultados obtidos na implementação das suas ações. Em continuidade, a Portaria GM/MS 476/99 determinou a necessidade de avaliação do desempenho dos indicadores no fim de cada exercício e que as metas dos indicadores pactuados deveriam fazer parte do Plano Estadual de Saúde (PES)<sup>4</sup>. No mesmo ano, a Portaria GM/MS 832/99 instituiu a pactuação de indicadores para os municípios que possuíam o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>39,40,41</sup>.

O Pacto da Atenção Básica teve como objetivos a incorporação da avaliação e do monitoramento no cotidiano da gestão do SUS, sendo importante na organização dos serviços e práticas de trabalho, bem como, na mudança das condições de vida da população. A análise de situação de saúde foi utilizada para identificação dos problemas de saúde e no estabelecimento de metas a serem alcançadas por gestores do sistema<sup>40,41</sup>.

A NOAS/SUS 2001 estimulou o uso de indicadores de desempenho no processo de obtenção de habilitação dos municípios e de recursos financeiros do Piso Assistencial Básico (PAB) ampliado conforme a NOB/SUS 01/96, priorizando a avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; a relação com os prestadores de serviços; a qualidade da assistência e satisfação dos usuários e, principalmente, os resultados e impacto sobre a saúde da população<sup>27,29,30</sup>.

A Portaria GM/MS 548/2001 criou instrumentos importantes para fortalecimento da gestão, como as agendas e planos de saúde, quadros de metas e relatórios de gestão, contendo

eixos prioritários, objetivos, indicadores e metas para cada esfera de governo, que deveriam manter coerência com os referidos instrumentos de gestão<sup>42</sup>.

Em 2001, a Portaria GM/MS 723 instituiu o Pacto de Indicadores da Atenção Básica como instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde da Atenção Básica, com o objetivo de qualificar a gestão municipal. Esta norma atualiza a lista de indicadores a serem pactuados em 2001 e reforça a necessidade de monitoramento e avaliação da pactuação do ano anterior. Além disso, disponibiliza por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) um programa para a instalação e utilização do Caderno de Informações em Saúde com os resultados do Pacto da Atenção Básica<sup>42,43</sup>.

O Pacto da Atenção Básica constituiu um esforço de incorporação da avaliação à gestão em saúde articulada com os processos de programação, com função primordial de estabelecer coerência na condução da Atenção Básica entre as esferas de gestão do SUS, tendo em vista a potencialidade de mobilização e integração da mesma<sup>44</sup>.

Para alguns autores, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica teve a capacidade de mudar a condução da gestão do SUS, contribuindo para a incorporação do monitoramento e da avaliação nos serviços de saúde, que deixaram de ser desenvolvidos como ritos administrativos. Com isso, o conjunto de dispositivos normativos tendeu a induzir um modelo de gestão dos serviços públicos de saúde voltados para os resultados alcançados pelas ações implantadas, expressos através da avaliação dos indicadores utilizados nos vários instrumentos de gestão<sup>4,32,40</sup>.

No decorrer do processo de pactuação ocorreram alterações, tanto na condução, quanto na seleção de indicadores a serem avaliados. Em princípio, os indicadores estavam relacionados a áreas programáticas e estratégicas da saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão e da diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal e indicadores de ações gerais, perfazendo um total de 41 indicadores municipais, sendo 24 para todos os municípios e 17 para o PACS e PSF<sup>3,43</sup>.

Em 2000, a lista de indicadores foi reduzida a 30 (14 para todos os municípios e 16 para o PACS e PSF). Em 2001, a lista trazia dois indicadores exclusivos para monitoramento das ações dos estados, acrescidos de 17 indicadores comuns também aos municípios. Em 2002, a relação continha 25 indicadores principais, considerados obrigatórios para Estados e

municípios e 22 indicadores complementares de pactuação opcional. Em 2003, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) em conjunto com as áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS), após aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), atualizam a pactuação interfederativa contendo 20 indicadores principais e 14 obrigatórios<sup>3,43</sup>.

Nesse mesmo ano, a fim de facilitar e organizar o processo de pactuação de indicadores, o MS disponibilizou o aplicativo informatizado para registro das metas pactuadas e dos resultados alcançados por parte dos municípios e estados da federação, denominado SISPACTO. Os indicadores que faziam parte do Pacto da Atenção Básica eram de pactuação obrigatória e/ou complementar, divididos segundo a faixa populacional, tendo o recorte dos municípios em 80 mil habitantes<sup>3</sup>.

Em 2005, a Portaria GM/MS nº 21 aprovou a relação de indicadores da atenção básica a serem pactuados entre municípios, estados e a união, trazendo como inovação a padronização da forma de calcular os indicadores pactuados, bem como, a maneira como deveriam ser avaliados<sup>44</sup>. Em 2006, a Portaria GM/MS 493 aprova a relação de indicadores da atenção básica, estabelecendo mecanismos e fluxos e prazos para o processo de pactuação das metas entre os gestores<sup>45</sup>.

O Pacto da Atenção Básica foi considerado um instrumento formal de negociação de metas, firmado pela maioria das Secretarias de Saúde de forma burocrática, pois era entendido como uma demanda do Ministério da Saúde aos Estados e municípios, predominantemente, normativa, pontual, fragmentada e desarticulada. Além disso, autores advogam que o Pacto não foi incorporado como um instrumento de gestão na rotina das instâncias condutoras do SUS, não sendo utilizado para monitorar a condição de saúde da população e sem ter visibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS. Ou seja, um instrumento burocrático de prestação de contas de estados e municípios<sup>32,40,41,46</sup>.

Porém, a pactuação pode ser inovadora para a gestão do SUS, na medida em que busque consenso na escolha de prioridades e metas a serem alcançadas, induzindo uma gestão orientada por resultados e favorecendo a transparência e o controle social. Além disso, considera-se esta uma prática capaz de mitigar a improvisação na gestão da saúde. O planejamento das ações centrado na melhoria das condições de saúde da população e o

repassa de recursos condicionado à pactuação de metas de impacto epidemiológico estimularam a participação popular, na medida em que os conselhos de saúde e as comissões intergestores analisavam e validavam os compromissos assumidos pelos gestores<sup>32,46</sup>.

### **O Pacto pela Saúde e o uso de indicadores de saúde**

Em 2007, houve a unificação do processo de pactuação com o objetivo de melhorar o desempenho dos serviços e da condição de saúde da população, com a realização do monitoramento do Termo de Compromisso de Gestão (TCG). A Portaria GM/MS 91/2007 complementou esta mudança e regulamentou a unificação do processo de pactuação de indicadores, integrando o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com a Programação Pactuada Integrada de Vigilância à Saúde (PPI/VS), que passou a ser denominada de Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde, incorporando os indicadores no Pacto pela Saúde<sup>47</sup>.

A partir desta normatização, os indicadores do PS foram pactuados entre os entes federativos, organizados em dois grupos, principais e complementares, os últimos de pactuação opcional. Além disso, foi facultada aos gestores a eleição de outros indicadores de importância sanitária local-regional ou a proposição de alteração nas metas e parâmetros nacionais. Destaca-se que a seleção de indicadores ocorria a partir de um movimento dialógico que o MS produziu com as áreas técnicas dos Estados<sup>32,47</sup>.

Os indicadores nacionais eram publicados e serviam de parâmetro para os acordos com as instâncias subnacionais e seguiam as prioridades elencadas no Pacto pela Vida, com revisão bianual pela CIT. Com isso, os indicadores passaram a ser pactuados nas CIT e CIB e os resultados divulgados através dos relatórios anuais dos municípios e dos estados, monitorados pelo MS através do SISPACTO<sup>47</sup>.

O processo de pactuação deveria, entre outras diretrizes, guardar coerência com os pactos firmados e com os TCG, 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. Além disso, o PS incorpora, nas Regiões de Saúde, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como mais uma instância de negociação

intergovernamental no SUS, considerados como espaços de pactuação permanente e cogestão solidária, com assento dos gestores municipais, das representações estaduais e, federal quando em áreas fronteiriças a outros países<sup>34,35,47,48</sup>.

Nesse sentido, o Pacto pela Saúde muda radicalmente a forma de pactuação do SUS, rompendo com os pactos realizados por meio de normas operacionais (Normas Operacionais Básicas – NOB e Norma de Assistência à Saúde – NOAS), que visavam à operacionalização do sistema, em detrimento ao compromisso com resultados efetivos. Além disso, obriga a repactuação anual e a gestão por resultados sanitários<sup>33</sup>.

Os autores também refletem que a despeito dos avanços oportunizados com o PS, os instrumentos utilizados não modificaram a lógica de planejamento e pactuação intergovernamental, pois não houve fortalecimento do planejamento regional, sendo que a dimensão territorial passou a ter uma conotação mais política do que normativa, tendo em vista as diversas configurações das redes assistenciais no Brasil<sup>33,36</sup>. Ressalta-se que até este momento não existiam indicadores que medissem ou monitorassem o desempenho ou resultado das condições de saúde da população referente ao território da Região de Saúde<sup>33,41</sup>.

Além disso, alguns municípios e estados aderem à pactuação de metas e indicadores, motivados, preferencialmente, pelo recebimento de recursos financeiros, sem definição de mecanismos de monitoramento e avaliação das metas pactuadas. Dessa forma, os pactos, na maioria das vezes, são conduzidos de forma cartorial, visando ao cumprimento dos ritos de habilitação, preconizados pela legislação, para o recebimento de verbas<sup>8</sup>.

Todavia, pode-se considerar que o Pacto pela Saúde representa uma inflexão nas relações federativas, pois enfatiza a necessidade de articulação de ações e cooperação intergovernamental em vários âmbitos da política de saúde e tenta ampliar as funções dos entes subnacionais na condução do processo de descentralização e regionalização no SUS. Mesmo com a manutenção do poder regulador e indutor de políticas do nível federal por conta da transferência de recursos<sup>8,23</sup>.



## **Pactuação de indicadores no advento do Decreto 7.508/2011**

Os primeiros contratos foram construídos utilizando os indicadores do Pacto pela Saúde (Pacto pela Vida e Pacto de Gestão), tendo a pactuação de indicadores baseada nas necessidades de saúde da população local, fruto das discussões permanentes nas CIR, CIB e CIT, o que subsidiaria a construção do COAP regional, na perspectiva de um planejamento ascendente e integrado nas Regiões de Saúde<sup>49</sup>.

No período considerado de transição entre o Pacto pela Saúde e a assinatura do COAP nas Regiões de Saúde, ficou definido na Resolução CIT nº 4 para o ano 2012, que a pactuação das prioridades, objetivos e metas seria composta a partir dos indicadores do Pacto pela Saúde 2010-2011 (universais, específicos e complementares), que integraram a parte II do contrato<sup>11</sup>. Tendo em vista, a Portaria nº 1580 estabelecer o fim da necessidade de assinatura dos TCG e, as atribuições se tornaram obrigatórias para todos os entes<sup>50</sup>.

Quando os Estados ou municípios tiverem situações e especificidades locais para pactuação, os mesmos devem utilizar os espaços da CIB ou CIR, formalizando os acordos no aplicativo SISPACTO, após a homologação das secretarias de saúde. A Resolução institui que os municípios e regiões de saúde que não assinassem o COAP, teriam assimiladas algumas prioridades do Pacto pela Vida, definidas através de oito diretrizes do Plano Nacional de Saúde, expressas em 31 indicadores, dos quais 11 são correlatos ao Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)<sup>11</sup>.

A Resolução CIT nº 5, de 19 de junho de 2013, que dispõe sobre o processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, trouxe como inovações o fortalecimento do planejamento e a implementação do COAP com a edição de um rol único de indicadores com temporalidade trienal, perspectiva de que induzira melhoria do acesso, qualidade e efetividade do sistema conforme o IDSUS, além de induzir a organização da rede de atenção com ênfase na regionalização<sup>12</sup>.

O rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores estão expressos harmonicamente nos documentos de planejamento do SUS, em acordo com as Diretrizes Nacionais definidas

pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que refletem a implantação de políticas prioritárias e respeitam a Lei Complementar 141/2012<sup>12,13</sup>.

Os indicadores foram considerados universais (33 indicadores), de pactuação obrigatória para todos os entes federativos se específicos (34 indicadores), de pactuação facultativa a partir das especificidades locais e, base para o monitoramento e avaliação do sistema, totalizando 67 indicadores. O fluxo de pactuação de indicadores no município, regiões de saúde e estados está condicionado à assinatura ou não dos contratos<sup>12</sup>.

Para os entes que não assinaram, a pactuação deverá ocorrer e dependerá da validação nas CIR e CIB respectivas e, da homologação das metas nos conselhos de saúde (municipal e estadual). Após a homologação nas instâncias deliberativas do SUS, ocorre o registro no SISPACTO. Para os demais entes, a pactuação ocorrerá nas CIR com registro das metas municipais, regionais, das responsabilidades estaduais e nacionais da Região de Saúde<sup>12</sup>.

Concretizando as modificações impostas pelo Decreto, a Portaria GM/MS 2135/2013 revoga as portarias do Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS), ratificando que o planejamento deve ser ascendente baseado nas necessidades de saúde da população, regionalizado e integrado e deve orientar a organização do sistema, de acordo com as diretrizes nacionais e à luz da Lei Complementar 141/2012, quanto aos instrumentos de gestão<sup>13,50</sup>.

## **ELEMENTOS CONCEITUAIS**

Uma das conquistas sociais mais relevantes com a redemocratização do país, fruto da luta do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e reflexo da 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986, foi a elevação na Constituição Federal de 1988 do direito à saúde como direito social fundamental das pessoas e, como garantia do Estado, assegurados através do desenvolvimento de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doenças e de agravos à saúde, bem como, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde<sup>1,2</sup>.

Antes da abertura política do país, a saúde era considerada como serviço público prestado pela Administração Central, restrito apenas as ações preventivas e ao exercício de poder de polícia da vigilância sanitária e epidemiológica, não um direito social. Além disso, as ações assistenciais não eram providas pelo poder público, sendo que a população recorria às Santas Casas de Misericórdia e quem podia pagar comprava os serviços médicos da iniciativa privada<sup>20</sup>.

O federalismo sanitário foi o modelo institucional de organização política do Estado brasileiro na área da saúde, caracterizado pela definição das três esferas autônomas de gestão sanitária - União, estados e municípios. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 é inaugurada a participação dos municípios na tríade de direção do SUS e com isso, as competências comuns entre a União, estados e municípios na execução da política de saúde<sup>20</sup>.

O SUS constitui o meio pelo qual o país afirma este direito e essa garantia, regendo-se através das diretrizes da descentralização, atenção integral e participação da comunidade. Os dispositivos constitucionais foram regulamentados pela Lei 8080/90 –que estabelece a necessidade de repartição de competências sanitárias entre as esferas federativas e, a Lei 8.142/90 que fortalece a estrutura federativa ao regulamentar as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e ao estabelecer os conselhos de saúde – instâncias colegiadas que atuam na formulação e na execução da política de saúde nas três esferas de governo<sup>21,22</sup>.

A descentralização das funções do Estado foi operada em meio à convergência e tensões entre dois projetos, um liberal de modernização e, outro de ampliação dos direitos sociais e de redemocratização, trazendo a necessidade de redistribuição de competências para prestação de serviços públicos entre as esferas de governo<sup>23</sup>. Mesmo assim, a descentralização das ações e serviços públicos de saúde foi uma das estratégias que mais avançou e refletiu de forma marcante no crescimento da oferta de serviços no nível local, em um movimento denominado de municipalização autárquica, sendo que um extenso arcabouço legal foi criado pelo nível federal para a regulação deste processo<sup>24,25</sup>.

Para a operacionalização da organização sanitária brasileira baseada no federalismo cooperativo foram editadas várias normas infralegais. Nos anos 90, as Normas Operacionais Básicas (NOB) definiram as responsabilidades de cada ente, os critérios de alocação de recursos e os mecanismos de financiamento, a fim de fortalecer a municipalização com a

descentralização político-administrativa e da redefinição do modelo de atenção<sup>26</sup>. A partir edição da NOB SUS 01/96 os sistemas de saúde começam a receber recursos conforme o perfil populacional, desigualdades loco-regionais, indicadores sanitários e epidemiológicos, entre outros parâmetros. A implantação do Piso Assistencial Básico (PAB) em seus componentes fixo e variável e da Programação Pactuada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) foram os mecanismos que proporcionaram mudanças na gestão descentralizada dos serviços de saúde<sup>27</sup>.

Este movimento pela descentralização da política de saúde resultou na fragmentação da oferta e em perdas na qualidade da atenção a saúde, impondo como desafio ao sistema de saúde a necessidade de estruturação da rede de assistência<sup>28</sup>. Assim, em 2001 e 2002, foram editadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), que enfatizaram o processo de regionalização da saúde, com a gestão do SUS pactuada entre os entes federativos por níveis de competência e de complexidade da rede de serviços, induzindo o estabelecimento de fluxos geográficos constantes nos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e o financiamento garantido por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI)<sup>29,30</sup>.

Contudo, a efetivação da municipalização da saúde enfrentou resistências relacionadas à manutenção do fisiologismo, assistencialismo e clientelismo, demonstrados pelo conflito entre a execução das ações e serviços de saúde de forma direta pelo poder público ou pela contratação de serviços privados. Desse modo, mantendo a assistência à saúde como uma benesse e não como direito social e utilizando a prestação dos serviços de saúde como moeda de troca para fins eleitoreiros<sup>31</sup>.

Em 2003, com a assunção do novo governo nacional, novas práticas de descentralização entraram no foco das discussões dos atores sociais envolvidos com a política sanitária do país, tendo em vista a necessidade de substituir processos e instrumentos antigos por práticas inovadoras que induzissem à coordenação e cooperação entre os gestores do SUS, principalmente, em relação à formulação de metas e objetivos que favorecessem o monitoramento e avaliação dos resultados das ações de saúde<sup>5,32,33</sup>.

A partir dessas discussões, em 2006, uma série de portarias ministeriais instituiu o Pacto pela Saúde (PS), após aprovação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), com três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, ocorrendo redefinição das responsabilidades interfederativas quanto à integralidade da assistência à saúde<sup>6,34,35</sup>.

O Pacto pela Saúde utiliza-se de acordos em diversos âmbitos da gestão e atenção à saúde para formalização da relação intergovernamental, sendo que a adesão era feita com a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), com a condição da aprovação e homologação nas comissões intergestores bi e tripartite. Os termos compreendem as atribuições e responsabilidades sanitárias nacionais, os objetivos e as metas associadas a um conjunto de indicadores de saúde que serviriam para o monitoramento e avaliação do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão<sup>6,34,35</sup>.

Continuando, o Pacto pela Vida teve como prerrogativa a execução de ações de saúde com foco nos resultados sanitários e compromissos orçamentários e financeiros estabelecidos, em consonância com as prioridades elencadas a partir dos acordos realizados nos espaços de cogestão do SUS, relevantes para a mudança da situação de saúde da população. Para tal, as prioridades pactuadas foram subdivididas em: a saúde do idoso, controle do câncer de colo do útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica<sup>33</sup>.

O Pacto em Defesa do SUS explicitou o compromisso dos gestores em defender a garantia do direito à saúde como direito de cidadania, reforçando a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública. Além disso, endossa os princípios basilares sustentados pelo Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e inscritos na Constituição Federal de 1988, priorizando a repolitização da saúde com a mobilização social em busca da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, bem como, elaborou e divulgou a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS<sup>33</sup>.

Por sua vez, o Pacto de Gestão estabeleceu como prioridades a definição da responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS a fim de superar o processo de habilitação dos municípios, bem como, enfatizou o aprimoramento da gestão do sistema a partir das diretrizes de descentralização, regionalização, financiamento, Programação Pactuada Integrada (PPI), participação social, planejamento, regulação, gestão do trabalho e da educação na saúde<sup>6,31,33</sup>.

O Pacto pela Gestão teve como objetivos a desburocratização dos processos normativos conduzidos pela instância federal e o reforço da territorialização da saúde para organização dos sistemas municipais, estimulando a estruturação das Regiões de Saúde e dos colegiados de gestão regional. Para tal, reformulou o financiamento das ações e serviços de

saúde através da unificação dos repasses federais com a criação de cinco blocos para transferência de recursos do SUS: atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos da saúde<sup>6,31,33</sup>.

O Pacto pela Saúde, em relação à regionalização, resgata o caráter político da organização do sistema de saúde levando em conta a diversidade do território brasileiro. Além disso, impulsiona o protagonismo dos Estados na condução da política de saúde e restringe o papel do nível federal, transferindo para os espaços regionais o processo de negociação e decisão intergovernamental. Em síntese, o Pacto pela Saúde reforça a necessidade de articulação e cooperação interfederativa, enfatizando a descentralização e regionalização como diretrizes primordiais para a efetivação do direito à saúde<sup>9,31,33</sup>.

O Decreto 7.508 de 2011 regulamentou a Lei 8080 de 1990, inaugurando a regionalização contratualizada a fim de garantir segurança jurídica nas relações interfederativas, instituindo os Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), trazendo as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentárias e avaliativas no cumprimento dos objetivos e metas, bem como, as atribuições de cada ente na prestação das ações e serviços de saúde. Com a assinatura dos contratos pretende-se dar transparência a gestão do sistema, favorecer a integração da política de saúde com os instrumentos de planejamento regional e, principalmente, fortalecer o controle social<sup>10,36,37</sup>.

As mudanças impostas pelo decreto privilegiaram a Região de Saúde como território ou espaço para a indução da política de saúde, financiamento e estruturação das redes de atenção, garantindo a integralidade da atenção à saúde adequada as especificidades loco-regional. Para isso, foram validadas as instâncias de cogestão e deliberação do SUS, além destas, foi criada a Comissão Intergestores Regional (CIR) em substituição às CGR, para que os gestores e técnicos elaborem e pactuem as responsabilidades sanitárias compartilhadas e coordenem a regionalização da atenção à saúde<sup>10,37,38</sup>.

Tal iniciativa visa superar a fragmentação do planejamento do SUS, contando com a introdução de inovações como o Mapa da Saúde, a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde, Relação Nacional de Medicamentos (Rename) e Relação Nacional de Serviços de Saúde (Renases). Os Mapas de Saúde, ferramenta que traduz em um cenário as informações sobre a situação de saúde da população, os serviços de saúde, fluxos, redes e investimentos públicos e a produção e desempenho do sistema de serviços de saúde que compõem a Região

de Saúde, devem ser utilizados para determinação das necessidades de saúde e definição de ações e metas pelos gestores<sup>10,37,38</sup>.

Neste contexto, pode-se afirmar que uma das questões mais relevantes na política de saúde é a garantia do direito da população à saúde, a partir do acesso universal aos serviços e da integralidade da assistência. Nesse sentido, o uso da análise sistemática da situação de saúde a partir de indicadores pode colaborar para subsidiar a tomada de decisão, a solução de problemas e ajudar na identificação de melhores rumos<sup>51</sup>.

Considerando a utilização dos indicadores de saúde para avaliação e monitoramento dos serviços de saúde, a qualidade da coleta e dos registros dos dados são fatores importantes para conferir fidedignidade ao mesmo. Indicadores de saúde são parâmetros usados com o objetivo de avaliar, a partir do ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos e contribuir para o planejamento em saúde. Em termos gerais, os indicadores de saúde são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões da situação de saúde de uma população, as quais devem refletir o estado de saúde e monitorar as condições de saúde da população<sup>51,52</sup>.

Os indicadores de processo estão relacionados ao rendimento das atividades realizadas na atenção à saúde e os indicadores de resultado ou impacto abrangem as transformações no estado de saúde da população, seus determinantes e fatores de risco. Considera-se que a utilização de indicadores permite o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo<sup>54</sup>.

Alguns atributos definem se o indicador é bom, como a existência de validade, confiabilidade, especificidade, sensibilidade, relevância e custo-efetividade<sup>51,52</sup>. Como os indicadores de saúde são utilizados para produzir informação, monitorar sua qualidade se torna imprescindível para contribuir para maior confiança dos usuários e, dessa maneira, permitir seu uso de forma adequada no fortalecimento e operacionalização dos serviços de saúde<sup>53</sup>.

A informação descreve uma situação real a partir de um referencial explicativo. Então, a qualidade da informação é prerrogativa essencial para a análise da situação de saúde e posteriormente para a tomada de decisão baseada em evidências. Mesmo que não exista consenso para a definição do termo “qualidade da informação”, o conceito utilizado

usualmente considera que uma informação de qualidade é aquela que está apta ou conveniente para o uso, considerando-se a necessidade do usuário<sup>51,52</sup>.

Para ser útil, a informação precisa atender a dimensões de qualidade, como: acessibilidade (grau de facilidade e rapidez na obtenção); clareza metodológica (grau de descrição dos dados pelos documentos do SIS); cobertura (grau de registro no SIS dos eventos do universo); completude (grau registros de um SIS com valores não nulos); confiabilidade (grau de concordância entre aferições distintas em condições similares); consistência (grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios); não-duplicidade (grau de registro de cada evento do universo uma única vez); oportunidade (grau de disponibilidade do dado ou informação no local e a tempo necessários); validade (grau em que o dado ou informação mede o que se pretende medir)<sup>55</sup>.

Os métodos mais comumente utilizados nos estudos sobre qualidade da informação são: painel de especialistas, busca ativa de registros, comparação com critérios, análise descritiva de indicadores de distintos bancos de dados, análise descritiva de indicadores do próprio banco de dados, concordância entre avaliadores, relacionamento entre registros e série temporal<sup>55</sup>.

## **METODOLOGIA**

### **Característica do estudo**

Trata-se de um estudo ecológico, a partir da análise dos indicadores de saúde pactuados pelos municípios da Bahia, estudando os resultados alcançados, o cumprimento das metas pactuadas e o alcance dos parâmetros estadual e nacional, bem como a análise da qualidade dos dados registrados no Sispacto, no período de 2012 a 2014. Considerando que esse período corresponde à finalização do Pacto pela Saúde e estabelecimento dos processos de pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores instituídos pelo Decreto 7508/2011.



## Área de abrangência, população e período do estudo

A pesquisa será realizada no estado da Bahia, localizado no Nordeste brasileiro, tendo seu território subdividido em 417 municípios. Para atuação regionalizada da política de saúde o Estado possui nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e 28 regiões de saúde (Figura 1).

A população residente em 2014, segundo estimativa do *Censo Demográfico 2010*, foi de 15.126.371 habitantes, distribuídos em uma área de aproximadamente 565km<sup>2</sup>, o que lhe conferia a 15ª maior densidade demográfica do país (24,8 habitantes/km<sup>2</sup>). Atualmente, a Bahia tem um produto interno bruto (PIB) de R\$ 159.869.000,00 bilhões, com renda *per capita* de pouco mais de R\$ 11 mil e um dos piores índices de desenvolvimento humano (IDH) do país (0,660), resultado da má distribuição de renda<sup>56</sup>.

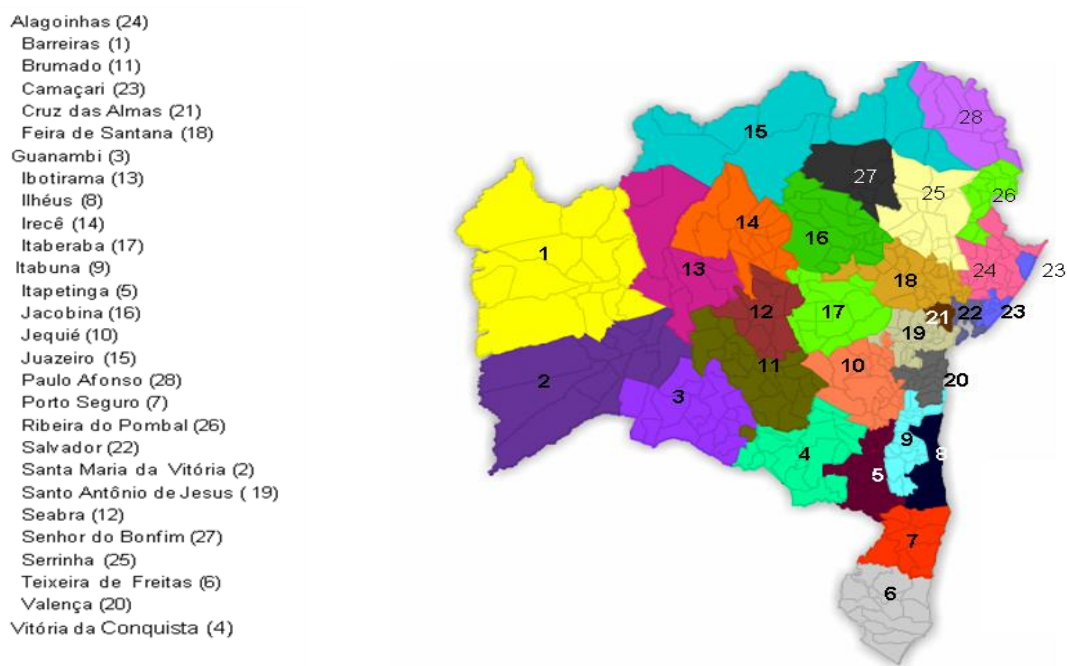


Figura 1. Distribuição espacial das Regiões de Saúde do estado da Bahia/PDR, 2012.

NT.: Conforme Resolução nº 275, que considera o Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, no seu artigo 1º: "Reconhece as 28 (vinte oito) microrregiões de saúde definidas no Plano Diretor de Regionalização – PDR 2007 como Regiões de Saúde do Estado da Bahia"

## Fonte de dados

Para o cálculo dos indicadores selecionados serão utilizados os dados secundários das fontes: Sistema de Pactuação de Indicadores (Sispacto), aplicativo virtual utilizado para registro das metas pactuadas e homologadas pelos gestores municipais e estaduais; Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sistema baseado na Declaração de Óbito (DO) onde se registra a causa de morte segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) e, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo sistema de vigilância epidemiológica, relativos aos processos de investigação e análise das informações sobre doenças de notificação compulsória. Para tabulação dos dados serão elaborados bancos de dados em planilha Excel<sup>®</sup>, contendo os dados brutos e os indicadores de interesse<sup>12,57</sup>. Também serão acessados os relatórios de acompanhamento municipal da vigilância de óbito do estado da Bahia.

## Variáveis e indicadores

As variáveis utilizadas no estudo foram: unidade de saúde com notificação de violências, óbito infantil e fetal, óbito infantil e fetal investigado, óbito materno, óbito materno investigado, óbito de mulheres em idade fértil (MIF); óbito de mulheres em idade fértil (MIF) investigado; óbito por dengue, meta do indicador, cumprimento do indicador, alcance estadual, alcance federal, situação da informação no sistema e concordância da informação, por região de saúde, no período 2012 a 2014.

Serão estudados os indicadores de saúde da vigilância epidemiologia, que estão passíveis de tabulação e participam do monitoramento e avaliação propostos pela Lei 141 de 2012, pactuados pelos municípios do estado da Bahia, no período de 2012 a 2014 (Quadro 1), sendo estes:

- Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado: consiste no número absoluto de unidades de saúde com notificação de violência, em determinado local e ano. Fontes: CNES e SINAN.

- Proporção de óbitos infantis e fetais investigados: consiste na razão entre o total de óbitos infantis e fetais investigados, e o total de óbitos infantis e fetais ocorridos, em determinado local e ano. Fonte: SIM.
- Proporção de óbitos maternos investigados: Consiste na razão entre total de óbitos maternos investigados e, total de óbitos maternos, em determinado local e ano. Fonte: SIM.
- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados: consiste na razão entre o total de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados e, o total de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), em determinado local e ano. Fonte: SIM
- Número absoluto de óbitos por dengue: consiste no número absoluto de óbitos por dengue, em determinado local e ano. Fonte: SINAN.

## **Plano de análise**

As regiões de saúde foram utilizadas como unidades de análise do estudo, considerou-se que as mesmas possuem características representativas do Estado. Ressalta-se que na Bahia, no período do estudo, não ocorreu a assinatura do COAP, por conseguinte não existiu pactuação de metas e de indicadores por região de saúde.

Neste estudo serão realizadas três análises: - Desempenho dos indicadores de saúde selecionados, por região de saúde e período 2012 a 2014, considerando a necessidade de analisar a situação de saúde da população relacionada à melhoria ou redução dos indicadores pactuados; - Estudo do cumprimento das metas pactuadas por região de saúde e alcance dos parâmetros estadual e nacional, por região de saúde e ano, considerando a responsabilização dos gestores com a pactuação de ações que tenham impacto sobre situação de saúde da população; - Estudo da confiabilidade dos dados registrados no Sispacto quando comparados aos registros no Sinan e SIM, considerando a possibilidade da utilização do Sispacto em análises epidemiológicas; Ressalta-se que conceito de confiabilidade utilizado no estudo, entende-a como uma dimensão da informação, definida como o grau de concordância entre as distintas aferições realizadas em condições similares<sup>51</sup>.

A análise será dividida em três etapas:

1ª Etapa - Coleta dos resultados dos indicadores pactuados e tabulação no aplicativo Tabwin do Datasus/MS e no tabulador da Sesab das unidades de saúde com notificação de violência e do óbitos por dengue; para as variáveis óbito infantil e fetal; óbito infantil e fetal investigado; óbito materno; óbito materno investigado; óbito de mulheres em idade fértil (MIF); óbito de mulheres em idade fértil (MIF) investigados será realizada consulta e coleta nos relatórios de acompanhamento municipal disponíveis no portal informatizado da Suvisa.

2ª Etapa – Coleta e tabulação das metas pactuadas a partir do aplicativo Sispecto, no período 2012 a 2014. Será realizada a somatória das metas pactuadas para os indicadores “número de unidades de saúde com serviço de notificação de violências implantado e número absoluto de óbitos por dengue”, assumindo-se o resultado como meta para a região de saúde correspondente. Quanto aos indicadores “proporção de óbitos infantis e fetais investigados, proporção de óbitos maternos investigados e proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados” assumiu-se para as regiões de saúde a mesma meta pactuada pelo estado.

3ª Etapa – Cálculo do desempenho dos indicadores selecionados obtido no período do estudo. Será realizado o levantamento do total acumulado de unidades de saúde notificantes de violências e de óbitos absolutos por dengue, sendo calculada a participação proporcional de cada região de saúde. Para os indicadores de mortalidade materna, infantil e fetal serão calculadas as proporções médias de investigação dos óbitos, a partir da tabulação do número absoluto de óbitos e das investigações realizadas no período 2012 a 2014.

4ª Etapa – Cálculo da proporção de regiões de saúde que cumpriram as metas pactuadas por indicador e ano, a partir da comparação entre as metas pactuadas por região de saúde e ano e os resultados alcançados para cada indicador. Para análise do alcance dos parâmetros estadual e nacional será realizada comparação entre os resultados e os parâmetros pactuados por estado e união e também, será realizado o cálculo proporcional das regiões de saúde que alcançaram estes parâmetros.

5ª Etapa – Estudo da confiabilidade dos dados registrados no Sispecto. Será verificado em que medida os resultados “observados” coletados no Sispecto divergem dos resultados “esperados” coletados nos sistemas de informação de base nacional, Sinan e SIM. Considerando-se as seguintes possibilidades:

Na ausência da informação, estas podem estar:

- a) ausente no Sispacto e presente no outro sistema (SIM ou Sinan);
- b) presente no Sispacto e ausente em um dos sistemas (SIM ou Sinan)
- c) ausente em ambos (Sispacto/Sinan ou Sispacto/SIM).

Na presença da informação em ambos os sistemas, estas podem estar:

- a) concordante (as informações são idênticas);
- b) discordante (as informações não são idênticas).

Os dados obtidos serão tabulados pelo programa Excel® 2010 e os resultados serão apresentados em tabelas.

Indicador de saúde	Tipo de indicador	Parâmetro Nacional			Parâmetro Estadual (BA)			Numerador	Denominador	Fonte de dados
		2012	2013	2014	2012	2013	2014			
Número de unidade de saúde com o serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências	Obrigatório	Aumentar em 20%	Aumentar em 20%	Aumentar em 20%	Aumentar em 10% (666 US)	Aumentar em 10% (498 US)	Aumentar em 10% (667 US)	Número de Unidades de Saúde com notificação de violência	-	SINAN/Sispacto
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Obrigatório	35%	40%	40%	45%	45%	47%	Total de óbitos infantis investigados	total de óbitos infantis e fetais ocorridos x 100	SIM/Sispacto
Proporção de óbitos maternos investigados	Obrigatório	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Total de óbitos de mortes maternas investigados	total de óbitos maternos	SIM/Sispacto
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	Obrigatório	>= 65%	>= 70%	>= 70%	60%	65%	70%	Total de óbitos de MIF por causas presumíveis de morte materna investigados	total de óbitos de MIF	SIM/Sispacto
Número absoluto de óbitos por dengue	Específico	Redução de 10%	Redução de 10%	Redução de 10%	Redução de 10% (21 óbitos)	Redução de 10% (26 óbitos)	Redução de 10% (24 óbitos)	Número absoluto de óbitos por dengue	-	SINAN/Sispacto

**Quadro 1. Característica dos indicadores da vigilância epidemiológica selecionados da pactuação na Bahia, entre 2012 e 2014. Bahia, 2015.**

Fonte: Sispacto/MS

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Tratando-se de um estudo com dados secundários de domínio público, disponíveis via internet, em que não há identificação nominal ou institucional, não se submeterá o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA, exceto se indicado pela Coordenação da Pós-Graduação. De acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, ressalta-se que, por se tratar de uma pesquisa com dados secundários, o trabalho não apresenta risco a seres humanos e que os dados serão utilizados para alcançar apenas os objetivos descritos no trabalho. Sendo que a pesquisadora garante a confiabilidade e sigilo no tratamento dos dados e das informações.

## **ANÁLISE DE VIABILIDADE**

A realização da pesquisa será facilitada, pois a pesquisadora trabalha no setor de Planejamento da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DIVEP/SESAB), setor que organiza o processo de pactuação de indicadores da vigilância epidemiológica e tem inserção nos espaços de discussão sobre o Sispacto e o COAP. Ressalta-se que, o acesso aos dados e o plano de análise é simples e possível de ser realizado no tempo disponível, além de não implicar em custos.

## CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DE PESQUISA

Ano/ Atividades	2014							2015							
	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO
Revisão de literatura e documental															
Elaboração do Projeto															
Qualificação do Projeto															
Submissão ao CEP/ISC															
Coleta dos dados															
Análise dos dados															
Revisão															
Defesa															



## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.
2. SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 36ª Edição, revista e atualizada (até a Emenda Constitucional n. 71 de 29.11.2012).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto dos indicadores da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (Informe da Atenção Básica, 19).
4. FELISBERTO, E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. **Rev Bra de Saúde da Família** 2004. Edição Especial. Brasília. p.25-29.
5. MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde soc.** [online]. 2011, vol.20, n.2, pp. 522-532.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de fevereiro de 2006. Seção 1, p.43.
7. RIBEIRO, P. T.A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 819-828. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300017>
8. GUERREIRO, J. V., BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.3, pp. 1689-1698. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300006>
9. SAUTER, A. M. W; GIRARDON-PERLINI, N. M. O; KOPF, A. W. Política de regionalização da Saúde: das Normas Operacionais ao Pacto pela Saúde. **remE– Rev. Min. Enferm** 2012; 16(2): 265-274, abr./jun.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: Decreto 7508, de 2011 - Informes Técnicos Institucionais. **Rev Saúde Pública** 2011; 45(6):1206-7.
- 11.\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução 4. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 jul. 2012. Disponível em: <[http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/resolucao4\\_200712.pdf](http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/resolucao4_200712.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2014.

12. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução 5. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 jun. 2013. Disponível em: <[http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/resolucao\\_indicadores\\_2013\\_2015.pdf](http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/resolucao_indicadores_2013_2015.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2014.
13. \_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, 13 de janeiro de 2012. **Regulamenta** § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm)>. Acesso em jan/2014.
14. PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. 2011; 377(9779):11-31.
15. CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury, S.(Org.) **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV; 2006. p. 417-442.
16. MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. **CadSaude Publica**2007; 23(9):2113-2126.
17. MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **CienSaudeColet**2010; 15(5):757-772.
18. CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **A Saúde da Bahia no Contexto das Eleições 2014. Documento para debate**, ago. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/08/a-saude-da-bahia>>. Acesso em: 10 out. 2014.
19. BAHIA. Secretaria do Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015**, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/images/stories/profissional\\_e\\_gestor/gestao\\_da\\_saude/RBSP\\_Suplemento\\_2012\\_completo\\_02mar2013.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/images/stories/profissional_e_gestor/gestao_da_saude/RBSP_Suplemento_2012_completo_02mar2013.pdf)>. Acesso em 11 abr. 2013.
20. DOURADO, D. A., DALLARI, S. G., ELIAS, P. E. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da Regionalização no Sistema Único de Saúde. **RDisan**, São Paulo v. 12, n. 3, p. 10-34 Nov.2011/Fev.2012.
21. BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

22. \_\_\_\_\_. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.
23. LIMA, L. D.; VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V.; ALBUQUERQUE, M. V.; OLIVEIRA, R. G.; IOZZI, F. L.; SCATENA, J. H. G.; MELLO, G. A.; PEREIRA, A. M. M.; COELHO, A. P. S. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva** 2012; 17(11): 2891-2892.
24. PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais; 2004.
25. VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **CienSaudeColet[online].2009, vol.14 (3)**, pp. 807-817. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300016>.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, Brasília, 1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 81, n.96, p. 6960, 24 maio 1993.
27. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.64, n.216, p. 22932, 6 nov. 1996.
28. DOURADO, A. D; ELIAS, M. E. P. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública** 2011; vol. 45, São Paulo, fev. Disponível em: <http://lilacs.bvsalud.org/?lang=pt>. Acesso em: 15/03/2014.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 95. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01. **Diário Oficial da União** 2001; 29 jan.
30. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 89, n. 40E, p.52, 28 de fevereiro de 2002.
31. SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Rev Baiana de Saúde Pública** 2006; 30(2):332-348.
32. ARAÚJO, M. A. D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev Panam SaludPublica**, 27(3), 2010.

33. MACHADO, R. R.; COSTA, E.; ERDMANN, A. L.; ALBUQUERQUE, G. L.; ORTIGA, A. B. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2009, n. 11; v. 1, p. 181-187.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 698 de 30 de março de 2006. Define o Financiamento tripartite no custeio das ações de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.
35. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 699 de 22 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.
36. ALBUQUERQUE, M. V. O Enfoque regional na política de saúde brasileira (2001 – 2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01042014-114150/pt-br.php>> Acesso em jan/2014.
37. TAVARES, F. A.; LIMA, M. S.; PEREIRA, L. D.; SANTOS, M. C. P.; NICOLATO, B. C. S. Novas perspectivas na gestão para resultados na saúde em Minas Gerais: A implantação dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Saúde. Congresso Central de Gestão Pública. Centro de Convenção Ulysses Guimarães. Brasília-DF, 16 a 18 de abril de 2013.
38. CARNEIRO, P. S.; FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. A Dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 57-68, jan-mar 2014.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 832, 28 de junho de 1999. Programa de Atenção Básica (PAB). **Diário Oficial da União**, Brasília, n.122-E, 29 de junho 1999.
40. MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Div Saúde Debate** 2000; (21): 15-28.
41. BASTOS, M. M. A. Avaliação da implementação do pacto de indicadores da atenção básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil. Dissertação-Fiocruz, Rio de Janeiro: s.n., 2009. <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4965>.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 548, de 12 de abril de 2001. Aprova o documento Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda e Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.89, n.73E, p.18, 16 abr. 2001. Seção 1.
43. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº723, de 10 de maio de 2001. Pacto de Indicadores da Atenção Básica para o ano de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 de maio 2001.

44. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 21, de 5 de janeiro de 2005. Aprova a Relação dos Indicadores da Atenção Básica – 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005.
45. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 493, 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.
46. CAMPOS, C. E. A.O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 8(2):569-584, 2003.
47. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 91 de 10 de janeiro de 2007. DATASUS/OUTUBRO DE 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007.
48. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 325 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 sua pactuação. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>. Acesso em mai/2014.
49. MELO, C. F.; LEITE, M. J. V. F.; CARVALHO, J. B. L. F.; SILVA, E. R.; AQUINO, G. M. L.; MACEDO, C.; FREIRE, F. H. M. A. As gestões municipais e o uso das informações no Pacto pela Saúde no estado do Rio Grande do Norte. **HOLOS**, Ano 28, Vol 6, 2012.
50. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 26 setembro de 2013.
51. OPAS. IPEA. VIANA, S. M. (org) NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS/IPEA, 2001.
52. BRASIL. OPAS. RIPSAs - **Rede Interagencial de Informações para a Saúde**: Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2002. 1ª ed. Brasília: OPAS, 2002.
53. BRANCO, M. A. F. O uso da informação em saúde na gestão municipal: para além da norma. In: Freese E. (Org.). *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: Ed. Universitária; 2004.p.77-89
54. MOTA, E, CARVALHO, D. M. T. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquayrol MZ. Almeida-Filho N (editores). *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 6ed, 2003; 605-28.

55. LIMA, C. R. A.; SCHRAMM, J. M. A.; COELI, C. M.; SILVA, M. E. M. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(10):2095-2109, out, 2009.

56. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=ba>. Acesso em: dezembro/2014.

57. BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Disponível em:<<http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=20>>.