



Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Centro de Artes, Humanidades e Letras
Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública

ALINE CONCEIÇÃO

DA POLÍTICA À GESTÃO:
A atuação da Secretaria Municipal de Saúde de São Félix

Cachoeira

2014

ALINE CONCEIÇÃO

DA POLÍTICA À GESTÃO:

A atuação da Secretaria Municipal de Saúde de São Félix

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública, Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Pereira Mascarenhas Bisneto

Cachoeira

2014

ALINE CONCEIÇÃO

DA POLÍTICA À GESTÃO:

A atuação da Secretaria Municipal de Saúde de São Félix

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública, Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão Pública.

Aprovado em 03 de abril de 2014.

Prof. Dr. José Pereira Mascarenhas Bisneto – Orientador
Doutor em Geografia (Análise Geográfica Regional) pela Universidade de
Barcelona
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Jorge Antônio Santos Silva
Doutor em Ciências da Comunicação pela Universidade de São Paulo
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a Dr^a Siélia Barreto Brito
Doutora em Administração Pública pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

CONCEIÇÃO, Aline. Da política à gestão: a atuação da secretaria municipal de saúde de São Félix. Pág.52. 2014. Trabalho de Conclusão do Curso de Tecnologia em Gestão Pública – Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira, 2014

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo de estudo a gestão da secretaria municipal de saúde do município de São Félix, no período de 2009 a 2012, cujo objetivo foi analisar de qual forma a gestão atendeu ao estabelecido na política pública de saúde brasileira. Para a sua realização foi necessário coletar dados sobre o Pacto pela Saúde, analisar suas prioridades e se o município alcançou as metas propostas em cada prioridade, consideradas essenciais para oferecer ao cidadão um sistema de saúde que vise o bem estar social de todos. O Pacto pela Saúde foi um compromisso assumido pelos gestores das três esferas do Governo na perspectiva de superar as dificuldades do SUS bem como qualificar os avanços organizativos devido a descentralização do sistema de saúde. Diante desta perspectiva, foi feita inicialmente uma abordagem sobre a criação do Sistema Único de Saúde e a importância da Política Nacional de Atenção Básica. O estudo foi de caráter bibliográfico, exploratório-descritivo no qual permitiu uma análise dos dados da prioridade Pacto pela Vida que é uma das seis prioridades do Pacto pela Saúde, no qual revelou que o município de São Félix alcançou a maioria das metas.

Palavras-chave: Gestão municipal de saúde; Políticas públicas, Pacto pela vida.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 Saúde do Idoso.....	26
Figura 02 Controle do câncer do colo de útero e mama.....	27
Figura 03 Redução da mortalidade infantil e materna.....	28
Figura 04 Fortalecimento da Atenção Básica.....	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	9
2.1	Sistema Único de Saúde	10
2.2	Política Nacional de Atenção Básica	13
2.3	Pacto pela Saúde	14
3	GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE	17
3.1	Gestão Financeira Municipal	21
3.2	1.1 Conselho Municipal de Saúde	23
4.	ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PACTUAÇÃO MUNICIPAL DA ATENÇÃO BÁSICA NO PERÍODO DE 2009	24
4.1	Prioridade I: Saúde do Idoso	25
4.2	Prioridade II: Controle do câncer de colo de útero e mama	26
4.3	Prioridade III: Redução da mortalidade infantil e materna	27
4.4	Prioridade IV: Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e aids	28
4.5	Prioridade V: Promoção à saúde	29
4.6	Prioridade VI: Fortalecimento da Atenção Básica	30
4.7	Prioridades VII: Saúde do Trabalhador, VIII: Saúde mental, IX: Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência e X: Atenção integral às pessoas em situação de risco de violência	31
4.8	Prioridade XI: Saúde do trabalhador	32
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	Referencias	37
	Anexos	40

1. INTRODUÇÃO

A década de 90 foi marcada por grandes avanços no setor saúde na intenção de promover um sistema que atenda aos princípios da universalidade, equidade e a integralidade. Neste sentido foi criado o Sistema Único de Saúde - SUS, permitindo a inclusão social da população garantindo o acesso integral à promoção, proteção e recuperação da saúde. (MS, 2006)

Durante esse processo foi incorporado à Gestão Municipal responsabilidades por meio da descentralização política e financeira, fazendo com que os municípios passem a ter um papel relevante na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), consolidar a municipalização do SUS tornou-se prioridade tanto quanto a sua efetivação. Desde então para que haja um melhor desempenho da gestão as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria passaram a ser uma realidade municipal.

Todavia para os gestores municipais a complexidade de gerenciar o SUS em um país em processo de descentralização política e financeira e num cenário federativo tornou-se um processo no qual houve a necessidade de introduzir a participação dos profissionais e do usuário dos serviços de saúde nas decisões e elaborações de planos de ações para a efetivação do sistema de saúde.

São Félix foi um dos municípios que, em 2010, se tornou referência em relação à Atenção Básica ficando, segundo a Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro-FIRJAN, entre os dez melhores em assistência em saúde.

Sendo assim, surgiu o interesse em pesquisar como a gestão da secretaria municipal de saúde de São Félix no período de 2009 a 2012, atendeu ao estabelecido no Pacto pela Saúde, avaliando se a gestão se comportou como previsto na política pública de saúde.

O estudo é de caráter bibliográfico, exploratório/descritivo. A pesquisa bibliográfica tem como principal finalidade o levantamento e análise de documentos elaborados como livros, artigos e publicações, assim como documentos e relatórios da União e do município

estudado. Este tipo de pesquisa envolveu um levantamento bibliográfico e documental permitindo uma visão geral do problema abordado.

Através da pesquisa exploratória/ descritiva foram levantados dados com finalidades de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008), além de permitir um estudo de característica do município estudado e o nível de atendimento em saúde oferecido por ele.

O trabalho se estrutura da seguinte forma: primeiramente ele aborda conceitos sobre políticas públicas de saúde no Brasil e de qual forma ela está organizada, neste mesmo contexto levantam-se dados sobre o Sistema Único de Saúde- SUS seus princípios e diretrizes, sendo usado como exemplo de política pública. Ainda dentro deste contexto é abordado a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB que tem o intuito de revisar e adequar às normas nacionais da Atenção Básica, a expansão do Programa do Agente Comunitário de Saúde e do Programa Saúde da Família.

Neste trabalho também foi abordado o Pacto pela Saúde, compromisso assumido entre as três esferas do Governo no intuito de qualificar a gestão pública municipal em relação à descentralização política e financeira do sistema de saúde, este pacto contém seis indicadores considerados prioridades para o cumprimento das metas e objetivos do sistema de saúde.

Os indicadores selecionados têm por base dados secundários colhidos nos diversos sistemas de informações do SUS, junto a Secretarias de Estado e Municipais, Departamentos e Coordenações-Gerais do Ministério da Saúde, que serão a base deste trabalho para avaliar o comportamento da gestão bem como o que o tornou referencia em saúde no ano de 2010.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Políticas Públicas podem ser compreendidas como ações desencadeadas pelo Estado nas três esferas do Governo no sentido de promover o bem estar social e a satisfação da comunidade enquanto cliente. (SOUZA, 2006)

Segundo Saravia (2006), política pública trata-se de um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade. Essas decisões causam modificações no tecido social devido às reações desencadeadas bem como pela influencia ou ideias dos que a adotam.

Não existe uma definição única nem melhor sobre políticas públicas e, segundo Souza (2006) a definição que, até hoje, é a mais conhecida seria a de Laswell na qual se diz que decisões e análises sobre este tema implicam em responder quem ganha o quê, por que e que diferença faz.

Lowi (1964; 1972) apud Souza (2006, p.28), afirma ainda que há quatro tipos de política pública e que cada uma terá diferentes formas de apoio e rejeição e que disputas em torno das suas decisões passam por arenas diferentes. Elas são agrupadas em políticas distributivas, regulatórias, redistributivas e constitutivas sendo que cada uma delas irá gerar um sistema político diferenciado com a participação de movimentos, contra ou a favor.

O Sistema Único de Saúde–SUS é considerado uma das políticas pública mais importante e avançada em curso no país possuindo um caráter público, universal, igualitário e participativo servindo de exemplo para as demais áreas sociais. (MS, 2011)

As políticas públicas voltadas para o SUS devem nortear-se por princípios básicos estabelecidos pela Constituição Federal através da Lei Orgânica do SUS 8.080 de 19 de setembro de 1990 na qual dispõe de princípios e diretrizes para a execução de serviços e ações de saúde, dentre os quais a universalidade, integralidade e equidade e, também, na Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe, dentre outros, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal Brasileira de 1988 e regulamentado através das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 com o objetivo de promover, proteger e oferecer a toda população brasileira acesso ao atendimento público de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2012) antes da criação do SUS, no sentido de política pública, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças eram voltadas para ações curativas, campanhas de vacinação e controle de endemias em caráter universal, não havendo um estudo preliminar em relação à população beneficiada. A assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), restrito apenas aos contribuintes da previdência social e a população não contribuinte era atendida nas Santas Casas de Misericórdia.

De acordo com Matos (2006), inicialmente o acesso aos serviços de saúde no Brasil não era universal; somente os trabalhadores com carteira assinada tinham direito a estes serviços. Esse direito foi conquistado pelos trabalhadores das estradas de ferro (ferroviários), que desde a década de 20 tiveram seus benefícios criados pela Lei Eloy Chaves que instituiu as caixas de aposentadorias e pensões (CAP's).

Com o passar do tempo este benefício foi sendo ampliado de acordo as diversas categorias profissionais organizando os Institutos de Aposentadoria e Pensões- IAP dos servidores estaduais, bancários etc. Concomitante a isto a Saúde Pública tratava de questões de interesse coletivo, como por exemplo o combate às “pestes” (início do século XX), da vacinação obrigatória instituída neste período, das ações para a educação sanitária e campanhas de controle de doenças.

Com o período da ditadura militar a saúde deixou de ser área de prioridade do governo, passando a economia a ocupar esta posição. Neste período, por exemplo, houve aumento no índice de mortalidade infantil, aumento na concentração de renda, aumento das desigualdades sociais, aumento nos níveis de desnutrição, expansão de endemias como meningite, doenças imunopreviníveis como a poliomielite, entre outras.

Matos destaca ainda que os diversos IAP's foram fundidos no INPS- Instituto Nacional de Previdência Social (1966) e anos depois no INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, representando altíssima concentração de renda, vale ressaltar que de acordo com Bassani, Mora e Ribeiro (2009) este Instituto oferecia estabelecimentos próprios, mas a maior parte dos atendimentos eram realizados pela iniciativa privada, onde eram conveniados e remunerados por procedimento.

A sociedade brasileira insatisfeita com o regime militar e sua atuação na área da saúde criou um movimento que deu origem ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que, segundo Pasche e Vasconcelos (2008), deu início a criação do SUS.

A Constituição Federal atual, também chamada de Constituição Cidadã, promulgada em 1988, preocupou-se com a cidadania do povo brasileiro, referindo-se diretamente aos direitos sociais, como o acesso à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer e à aprendizagem.

No que diz respeito a saúde fica exposto no artigo 196, da Constituição Brasileira, que é um direito de todos e que deve ser garantido pelo Estado no âmbito do governo federal, governos estaduais, o governo do Distrito Federal e os governos municipais e que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas com acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação reduzindo o risco de doença e outros agravos.

A Constituição deixa claro que a saúde não está apenas vinculada a ausência de doença. Ela depende também de fatores como o modo e o local no qual vivemos e o acesso à informação, educação e saneamento e o estilo de vida social.

E ainda no artigo 198, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados do SUS integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo suas diretrizes também chamadas de doutrinas e princípios.

O SUS é norteado pelos seguintes princípios e diretrizes:

- a. Universalidade – princípio fundamental do SUS que garante a todos os brasileiros, contribuintes ou não, o direito à saúde, sem qualquer custo, distinções ou restrições.

- b. Integralidade de assistência – princípio que busca garantir a efetividade das ações através do trabalho integrado e solidário dos gestores e trabalhadores da saúde, garantindo a oferta necessária aos indivíduos e à coletividade.
- c. Equidade – princípio que busca oferecer tratamento desigual aos desiguais, promovendo, assim, a justiça social, pois canaliza maior atenção aos que mais necessitam, diferenciando as necessidades de cada um.
- d. Participação da comunidade – é o princípio que organiza a participação da comunidade na gestão do SUS. Esta participação é detalhada na Lei 8.142/1990 que cria os conselhos e as conferências de saúde como forma de garantir a participação da comunidade no acompanhamento das políticas e ações de saúde.
- e. Descentralização política e administrativa – princípio que define a organização do SUS como tendo uma única direção, com um único gestor em cada esfera do governo.
- f. Regionalização e hierarquização – princípios que orientam a descentralização das ações e serviços de saúde assim como a sua organização, visando atender as diferentes necessidades da população, possibilitando a efetividade das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde. (MS, 2009)

Esses princípios são de responsabilidade dos municípios, principalmente no que diz a participação da comunidade que se dar através dos Conselhos de Saúde, de forma paritária de governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários.

Para fortalecer o SUS e torná-lo acessível a todos de forma igualitária e de acordo as características de cada região ou comunidade, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 pelo Ministério de Saúde, foi uma das primeiras estratégias relacionadas à mudança do modelo de assistência à saúde, principalmente porque a partir desse programa começou a haver um intermediário entre as comunidades e os serviços de saúde. (MS, 2009)

Dentro deste contexto, por volta de 1993, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família- PSF e vários Agentes Comunitários de Saúde foram integrados dentro deste programa. A implementação do PSF no Brasil se deu através da Portaria n.º 692 como resposta e normalização ao documento elaborado pelo Ministério da Saúde, no qual se observa que o Programa Saúde da Família – PSF tem como objetivo colaborar na organização

do Sistema Único de Saúde e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. (VASCONCELLOS, 1998).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA- PNAB

A Atenção Básica é considerada porta de entrada do usuário do Sistema Único de Saúde, tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo os preceitos do SUS. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, da responsabilização, humanização, equidade e da participação social. (MS, 2006a)

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, considerando não apenas a população como um todo, mas sim o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio cultural, buscando a promoção de sua saúde, prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que comprometa sua integração na sociedade. (MS, 2006a)

No sentido de revisar e adequar as normas nacionais ao desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil, assim como a expansão do Programa Saúde da Família, foi aprovada através da Portaria nº 648/GM de 28/03/2006 a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB.

De acordo a Constituição Brasileira a PNAB trata da regulamentação de implantação e operacionalização assim como define os recursos orçamentários da atenção básica de saúde e das especificidades da estratégia de saúde da família e das responsabilidades de cada nível de governo.

De acordo o MS (2006a) a PNAB regulamenta que o financiamento da Atenção Básica se dá de forma tripartite através do Piso de Atenção Básica (PAB) que são recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde. O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo), destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em um montante de recursos financeiros destinados a

estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde:

- a. Saúde da Família;
- b. Agentes Comunitários de Saúde- ACS;
- c. Saúde Bucal;
- d. Compensação de Especificidades Regionais;
- e. Saúde Indígena; e
- f. Saúde no Sistema Penitenciário.

Fundamentada nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade baseados na descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, a PNAB redefine os princípios gerais, as responsabilidades de cada esfera do governo, infraestrutura e recursos necessários, as características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia saúde da Família. (MS, 2006a)

2.3 PACTO PELA SAÚDE

Pacto pela Saúde foi um compromisso assumido pelos gestores das três esferas do Governo na perspectiva de superar as dificuldades do SUS bem como qualificar os avanços organizativos devido à descentralização do sistema de saúde. (MS, 2006b)

De acordo o MS (2006b), o Pacto apresenta três dimensões que estão expressos nas Portarias nº 399, de 22 de fevereiro de 2006: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida contém seis prioridades pactuadas, nas quais foram estabelecidos objetivos e metas nacionais, são elas:

- a. Saúde do idoso;
- b. Controle do câncer do colo do útero;

- c. Redução da mortalidade infantil e materna;
- d. Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- e. Promoção da saúde; e
- f. Fortalecimento da atenção básica.

Já, no que tange ao Pacto em Defesa do SUS, foram pactuadas seis ações:

- a. Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;
- b. Elaboração e publicação da Carta dos Usuários da Saúde;
- c. Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, especialmente os que lutam pelos direitos da saúde e pela cidadania;
- d. Estabelecimento de diálogo com a sociedade além dos limites do SUS;
- e. Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pela melhoria do financiamento da Saúde; e
- f. Aprovação de um orçamento geral do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde, de acordo com a Constituição Federal. (MS, 2006b)

Nesta mesma linha, no Pacto de Gestão as atribuições e responsabilidades sanitárias de cada esfera compõem o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), elaborado e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, definidas mediante o preenchimento de quadros correspondentes a cada eixo:

- a. Responsabilidades gerais da gestão do SUS;
- b. Regionalização;
- c. Planejamento e programação;
- d. Regulação, controle, avaliação e auditoria;
- e. Gestão do trabalho;
- f. Educação na Saúde; e
- g. Participação e controle social. (MS, 2006b)

Assim como qualquer programa, o Pacto pela Saúde precisa ser monitorado através de um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades contidos no Termo de Compromisso de Gestão- TCG e pactuados no cronograma.

Os indicadores de monitoramento e avaliação são:

- a. Indicadores que devem ser pactuados no momento de preenchimento do termo de compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais.
- b. Indicadores pactuados no Pacto da Atenção Básica
- c. Indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS).
(MS,2006b)

A participação e o controle social nos processos de negociação e Pactuação, pois cada município pode pactuar de acordo as demandas regionais, tem um papel fundamental e importante.

De acordo o MS (2006b), os Conselhos de Saúde tem um papel relevante na aprovação ou revisão do que foi acordado no Plano de Saúde, ao mesmo tempo em que, juntamente com os gestores, avaliam a efetividade e eficiência da sua execução.

3. GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE

Gestão Pública é um termo novo que define novas práticas na Administração Pública no intuito de dar mais resolutividade, eficiência e eficácia nas ações do Estado na formulação de políticas públicas com obtenção de resultados e a satisfação do cidadão ao mesmo tempo em que tende para a avaliação de desempenho e planejamento corporativo. (SOUZA,2001)

Neste sentido pode-se dizer que ação administrativa ou gestão manifesta-se no condicionamento da liberdade e da propriedade dos particulares, no exercício do chamado poder de polícia. O objetivo é harmonizar o direito do indivíduo com o de seus semelhantes.

A implantação e a gestão do SUS compreende um conjunto de políticas públicas que se desenvolvem dinamicamente em todo o Brasil, exigindo dos gestores e trabalhadores de saúde qualificação, requerendo novas competências, devido a grande complexidade de fenômenos enfrentados pelo sistema envolvendo o empenho dos Gestores Municipais e Estaduais e a participação da sociedade através dos Conselhos de Saúde. (MS, 2007)

Esta inovação é decorrente da valorização municipal que, devido à descentralização, transferiram-se atribuições dos níveis federais para níveis subnacionais. A descentralização fortaleceu a gestão municipal no âmbito da gestão do SUS permitindo avanços importantes nas definições das responsabilidades de cada ente federado e parcerias entre gestores. De acordo com Abrucio (2002), “a descentralização, compreendida como relações intergovernamentais, garante coordenação, cooperação e controle mútuo entre os níveis de governo independentemente de hierarquia federativa”.

Como forma de consolidar a municipalização da gestão do SUS, o Ministério da Saúde- MS, através da Secretaria de Políticas de Saúde, promove um processo de qualificação e capacitação dos gestores municipais de saúde no intuito de reforçar a integração entre os secretários municipais, estaduais e instituições formadoras.

Segundo o MS (2011), para que haja a efetivação do Sistema, torna-se necessário uma qualificação maior no desempenho [...] “das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria- inerentes à gestão do SUS”

[...] para o alcance da resolubilidade, qualidade e humanização das ações e serviços prestados à população. (MS,2011, p.12)

O processo de implantação do SUS tem sido orientado pelas Normas Operacionais Básicas do SUS- NOB/SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais e são utilizadas para a definição de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do SUS.

Através destas normas ficam definidas as obrigações e competências dos Estados e municípios em relação à promoção de saúde, representando um grande avanço no processo de descentralização, definindo critérios para que eles, voluntariamente, cumpram uma série de requisitos e fiquem aptos a receberem repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. BRASIL (1996, p.1)

Desde o processo de implantação do SUS foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96), sendo que a que promoveu um avanço no setor saúde foi a NOB/SUS 01/96, pois descentralizou a gestão dando mais autonomia aos Estados e municípios. Em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/01), que foi revista e publicada em 2002, a qual se encontra em vigor (NOASS/SUS 01/02).

Definidas através de um pacto entre o Ministério da Saúde- MS e representantes do Conselho Nacional de Secretário de Saúde-CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS, de acordo com o Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Paragrafo 1º da Constituição Federal, os objetivos da NOB/SUS 01/96 são:

- a. Promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal e do Distrito Federal reorganizando o modelo assistencial;
- b. Descentralizar aos Estados e municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde; e
- c. Aumentar a participação percentual da transferência regular e automática dos recursos federais aos Estados e municípios, reduzindo progressivamente a remuneração por produção de serviços. (MS, 1996)

Sendo assim busca-se a plena responsabilização municipal das ações e serviços de saúde bem como sua efetivação, mas não de uma forma isolada mais com a cooperação do Estado e da União. Neste sentido as NOBs/ SUS têm como finalidades:

- a. Induzir e estimular mudanças na gestão;
- b. Aprofundar e reorientar a implementação do SUS;
- c. Definir objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos táticos-operacionais;
- d. Regular as ações entre os gestores do SUS; e
- e. Normatizar o SUS. (MS, 1996)

Na NOB/SUS 01/93, no que se refere à descentralização, foram criadas as comissões intergestoras como fóruns de negociação e deliberação e que são instâncias básicas para a viabilização dos propósitos integradores e harmonizadores.

No âmbito nacional, é integrada pelos gestores municipal, estadual e federal- a Comissão Intergestora Tripartite (CIT)- ou seja, integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e do CONASEMS.

No âmbito estadual integrada pelos gestores municipal e estadual- a Comissão Intergestora Bipartite- (CIB), representada paritariamente por dirigentes da Secretaria Municipal da Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde- COSEMS.

De acordo a NOB/SUS, todas as iniciativas ou ações e serviços de atenção à saúde podem ser desenvolvidas em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada de forma a atender, integralmente, sua própria população, abrangendo o território estadual e nacional. Os estabelecimentos que compõem este subsistema, SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, do município ou ter sede municipal podendo ser unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), cabendo ao gestor municipal geri-la de forma a atender à sua população.

Cabe ao gestor do sistema municipal ser responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município.

As Normas Operacionais Básica do SUS- NOB/ SUS também definem condições de gestão ao município, responsabilizando o gestor municipal, que, se cumpridas e alcançadas as metas, podem habilitá-lo em duas condições:

- a. Gestão Plena da Atenção Básica: dentre as responsabilidades dos municípios habilitados nesta condição são as mais relevantes a elaboração de programação dos serviços básicos de saúde, gerencia das unidades próprias, do estado e da União, prestação de serviços cobertos pelo Piso de Atenção Básica (PAB) assim como a contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços, execução das ações básicas de vigilância sanitária, epidemiológica, elaboração do relatório de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

As prerrogativas são transferências regulares e automáticas dos recursos correspondentes ao Piso de Atenção Básica e Piso Básico de Vigilância Sanitária e subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas, estabelecidas em seu território.

- b. Gestão Plena do Sistema Municipal: nesta habilitação o município tem como responsabilidades além da programação municipal a gerencia das unidades municipais, estaduais e da União assim como sua reorganização, avaliação permanente do impacto das ações do sistema no seu município e sobre o meio ambiente.

Dentre as prerrogativas as de mais relevância é a transferência regular e automática dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA), transferência fundo a fundo e subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades especializadas e hospitalares, estatais ou privada, estabelecida em seu território.

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado. (MS, 1996)

3.1 GESTÃO FINANCEIRA MUNICIPAL

Para o Ministério da Saúde (2001), antes da criação e implementação do SUS, os municípios eram limitados às ações de vacinas e ações coletivas, gerindo uma rede de unidade básica de saúde, as UBS, impedindo que algumas prefeituras tivessem condições de responder as demandas do setor, sendo repassadas essas responsabilidades a outros setores da administração.

Segundo ainda o mesmo Ministério, após a constituição de 1988, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas, editadas em 1991 e 1993.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990) e a Lei que disciplinou as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Lei n. 8.142/1990) estabelecem que os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde.

Compete ao Conselho de Saúde o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (art. 1º, § 2º). E mais, “para receberem os recursos de que trata o art. 3º, desta Lei, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com: (...) I – fundo de saúde (art. 4º).” (MS,2001)

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos do próprio Tesouro, há os recursos transferidos da União, que devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde para execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e Programação Pactuada e Integrada (PPI).

De acordo o MS, através do Pacto pela Saúde firmado em 2006 entre os gestores das três esferas do sistema, ao que se refere ao repasse dos recursos financeiros da esfera federal para Estados e Municípios é feito em cinco grandes blocos:

- a. Atenção Básica: neste bloco o repasse será feito através do PAB Fixo que é destinado ao custeio de ações de atenção básica à saúde cujos recursos são transferidos

mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde- FNS ao Fundo Municipal de Saúde- FMS e do PAB Variável que é destinado ao custeio de estratégias de atenção básica e seus recursos são transferidos do FNS aos FMS mediante adesão e implementação das estratégias as quais se destinam, desde que constantes nos planos de saúde.

- b. Atenção da média e alta complexidade: este bloco é formado por dois componentes: limite da Média e Alta Complexidade Ambulatorial- MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC
- c. Vigilância em saúde: formado por dois componentes: Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental
- d. Assistência farmacêutica: formado por três componentes: Assistência Farmacêutica Básica, Assistência Farmacêutica Estratégica e Medicamentos de Dispensação Excepcional.
- e. Gestão do SUS: formado por dois componentes: Qualificação da Gestão e Implantação de Ações e serviços de Saúde.

O bloco de financiamento para a Gestão do SUS refere-se ao custeio de ações relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos para Participação e Controle Social.

Em relação aos repasses federais, de acordo com o Portal da Transparência do Ministério da Saúde, no ano de 2009 foram repassados para o Fundo Municipal de Saúde de São Félix R\$ 9.127.074,94, em 2010 foram repassados R\$ 9.655.991,51 já em 2010 e 2012 houve um aumento maior no repasse do FNS para o FMS, foram R\$ 10.587.123,56 e R\$ 12.073.966,79 respectivamente.

3.2 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Desde o processo de implantação do SUS os Conselhos de Saúde ganharam espaços importantes no setor, “na descentralização das ações, no controle do cumprimento dos princípios e diretrizes e na promoção da participação da população”. (MS,2007)

Instituídos pela Lei nº 8142/90 e reforçado seu papel e importância pela EC nº 29/2000 os Conselhos de Saúde são implantados nos Estados e municípios com a função de formular estratégias de operacionalização e no controle social da execução da política de saúde. (MS, 2007)

Além do papel de controle das ações de saúde, os Conselhos de Saúde serve como um elo entre a sociedade civil e o sistema local de saúde permitindo que a população expresse seus interesses, fiscalize as ações e aponte aquilo que não condiz com o que foi proposto, abrindo espaço para uma negociação política.

O funcionamento do Conselho Municipal de Saúde contempla a participação de usuários, gestores, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde que se reúnem no intuito de delibera, através de negociações que contemplem as necessidades de cada grupo representado.

Os Conselhos Estadual e Municipal de Saúde exercem um papel importante na democratização do SUS, envolvendo a população civil na formulação e controle de ações de saúde nas formulações, fiscalização e deliberações sobre políticas públicas de saúde. (MS, 2007)

4. ANÁLISE DA PACTUAÇÃO MUNICIPAL DA ATENÇÃO BÁSICA NO PERÍODO DE 2009 a 2012

Com a descentralização do SUS os municípios passaram a serem gestores plenos da Atenção Básica e do sistema local de saúde. Com essa divisão de responsabilidades entre as três esferas do governo e as parcerias entre elas os municípios tiveram que fortalecer sua gestão para assegurar uma maior efetividade e maior eficiência nas ações e serviços de saúde e o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Através do compromisso assumido entre os gestores das três esferas do sistema, no Pacto pela Saúde, foram definidas as obrigações, metas e competências dos Estados e municípios em relação à promoção de saúde e critérios para que fiquem aptos a receberem recursos do Fundo Nacional de Saúde.

Utilizando essa mesma informação, dados sobre as metas e objetivos, realizou-se, para fim deste trabalho, uma análise sobre a atuação da secretaria municipal de saúde de São Félix, em relação ao que foi pactuado no Pacto pela Saúde, fazendo comparação com a aplicação dos repasses, ambos referentes aos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012.

Nestes anos houve variações em relação ao número de habitantes no município de São Félix. Em 2009, segundo o IBGE, havia 16,211 habitantes, em 2010 e 2011, 14,211 habitantes e em 2012 a população estimada era de 14,159. (IBGE, 2010)

Como foi dito anteriormente o Pacto pela Saúde é organizado em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, subdivididos em prioridades. Para fim deste trabalho foi utilizado os dados referentes às prioridades estabelecidas na dimensão Pacto pela Vida, que são:

4.1 PRIORIDADE I: SAÚDE DO IDOSO

Esta prioridade tem como principal finalidade identificar pessoas acima de 60 anos em situação de fragilização para ações e prevenção de fratura de fêmur, contribuindo para que o

município desenvolva ações para a melhoria de qualidade da atenção prestada às pessoas idosas residentes no município.

No ano de 2009 no município de São Félix, em relação à saúde do idoso, houve 21,17 internações hospitalares referentes à fratura de fêmur, equivalente a 1,3% da população, sendo que a meta pactuada foi de 2%. Em 2010 e 2011, foram 22,40 internações que equivale a 1,57% da população idosa residente.

Através do gráfico 1 pode-se notar que o município conseguiu desenvolver ações de prevenção e cuidados a saúde do idoso, conseguindo alcançar as metas pactuadas.

Gráfico 1

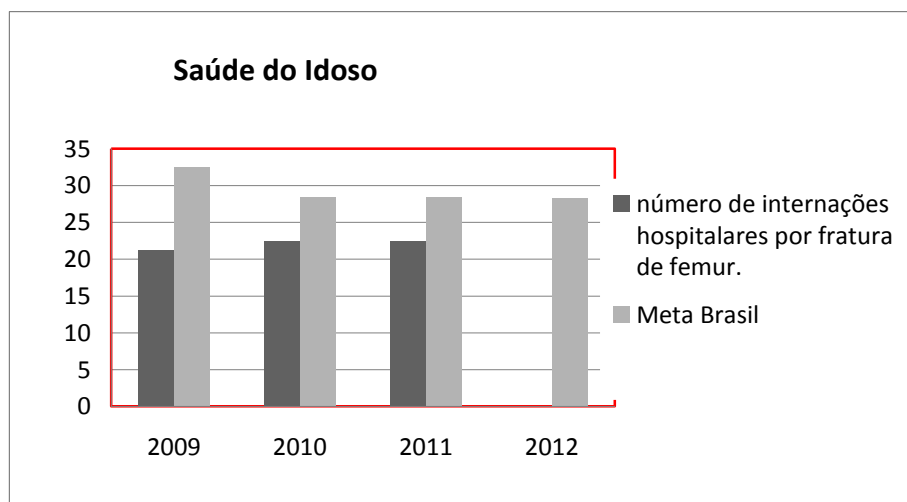


Gráfico 1: Saúde do Idoso

Fonte: Elaborado pela própria autora com base em SISPACTO 2010-2011

Os dados referentes a 2012 não foram disponibilizados pelo Sistema de Pactuação-SISPACTO, configurando uma possível não ação da gestão municipal em relação à saúde do idoso ou uma possível não Pactuação do município junto ao Ministério da Saúde em relação a esta prioridade.

4.2 PRIORIDADE II: CONTROLE DO CANCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA

Foram pactuados como prioridade dois itens: razão entre exames citopatológico do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo e razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária.

Em relação a exames citopatológico em 2009, 2010, 2011 e 2012 foram realizados 0,07, 0,21, 0,20 e 0,00 respectivamente, ficando abaixo do que foi pactuado, ou seja $\geq 0,20$. Como pode ser observado no gráfico.

gráfico 2

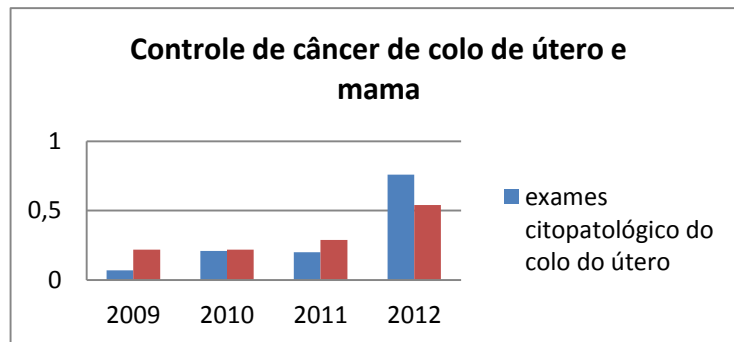


Gráfico 2: controle de câncer de colo de útero e mama

Fonte: Elaborado pela própria autora com base em SISPACTO 2010-2011 e SINAN 2012

Em relação à mamografia em 2009 e 2010 foram realizados 0,22 exames, em 2011 foram 0,29 exames. Em relação à 2012 não foram encontrados dados referente ao cumprimento ou Pactuação desta prioridade nos sítios oficiais.

De acordo aos anos em que houve a pactuação dessa prioridade São Félix conseguiu ultrapassar a meta que foi ≥ 16 , sendo considerado um bom resultado, pois uma das ações de saúde vinculada a atenção básica é a descoberta logo no início do câncer do colo de útero e de mama.

4.3 PRIORIDADE III: REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA

No que se refere a esta prioridade, o município de São Félix pactuou oito indicadores considerados na atenção básica muito importante, pois significa uma melhoria no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, da assistência pré-natal ao parto. (MS, 2006b)

Porém neste trabalho, apenas três serão avaliados: taxa de mortalidade infantil em crianças < 1 ano de idade, taxa de mortalidade infantil em crianças < de 28 dias e óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados. Observe o gráfico 3.

gráfico 3

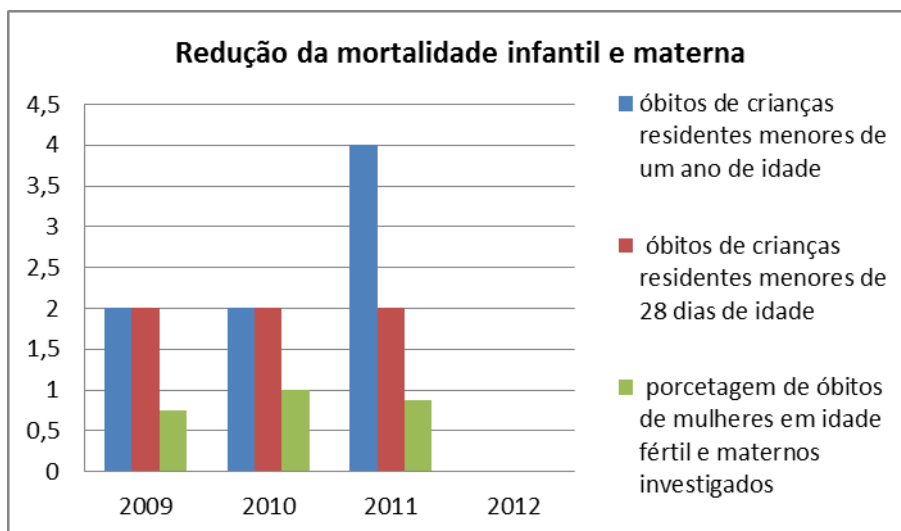


Gráfico 3: Redução da mortalidade infantil

Fonte: Elaborado pela própria autora com base em SISPACTO 2010-2011

Em 2009 e 2010 houve dois casos de mortalidade de crianças < 1ano de idade, para cada ano, em 2011 houve um aumento significativo, 4 óbitos. Em relação aos óbitos em crianças < de 28 dias de idade foram 2 casos em 2009, 2 casos em 2010 e 2 casos em 2011. A proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados foram 2009/ 75%, 2010/ 100%, 2011/ 87,5%.

Os dados referentes a 2012 relacionados a esta prioridade não foram encontrados nos sítios pesquisados oficiais, porém não configura que a gestão não realizou ações voltadas para o combate à mortalidade infantil e materna.

4.4 PRIORIDADE IV: FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITE E AIDS.

Nesta prioridade foram pactuados sete indicadores: taxa de letalidade das formas graves de dengue, proporção de cura dos casos novos de hanseníase, proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, índice Parasitário Anual (IPA) de malária, proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado, proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia e taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade.

Nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012 não houve mortes por dengue hemorrágica e nem casos de gripe por vírus influenza. No que se refere ao tratamento e cura da tuberculose em 2010 71,42% dos casos obteve cura, em 2011 foram 16,67% e em 2012 foram 40% dos casos. Em relação à hanseníase apenas em 2010 houve uma proporção de cura de 50% num total de 100%.

A taxa de incidência de AIDS em crianças menores de 5 anos foi zero em todos os anos avaliados.

Pode-se então verificar que a Atenção Básica cumpriu com aquilo que é proposto, servir de primeiro acesso ou porta de entrada para o usuário não apenas para a cura, mas também como prevenção.

4.5 PRIORIDADE V: PROMOÇÃO DA SAÚDE

De acordo o Pacto pela Saúde, o principal objetivo desta prioridade é reduzir o índice de tabagismo ao mesmo tempo em que promove a atividade física reduzindo o índice de sedentarismo no país.

Fazem parte desta prioridade dois indicadores: prevalência de atividades físicas e prevalência de tabagismo, porém não houve dados ou informações pactuadas.

Segundo o relatório de 2013 do Sistema de Pactuação- SISPACTO referente ao ano de 2009, no município de São Félix 66,60% das Unidades Básicas de Saúde desenvolveram ações na área de atividade física. O município manteve com recursos próprios um Projeto de Academia da Saúde e executou o Projeto Vida Saudável no qual estavam cadastrados 530 participantes entre portadores de hipertensão, diabetes, obesidade, dislipidemia, doenças cardiovasculares, depressão e outras doenças relacionadas com o estilo de vida sedentário.

Nota-se então que há incoerências em relação aos relatórios referentes ao mesmo ano além de não haver notificações e nem dados nos sítios em relação ao ano de 2012, causando falta de credibilidade na avaliação dos dados.

4.6 PRIORIDADE VI: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Essa prioridade é de fundamental importância para avaliação dos profissionais da Atenção Básica e se a gestão de saúde municipal interage com esses profissionais em busca da eficiência e da eficácia dos serviços de saúde.

Foram pactuados oito itens, nos quais o município alcançou as metas tendo um desempenho considerado ótimo, como poderemos observar no Gráfico 4:

Gráfico 4

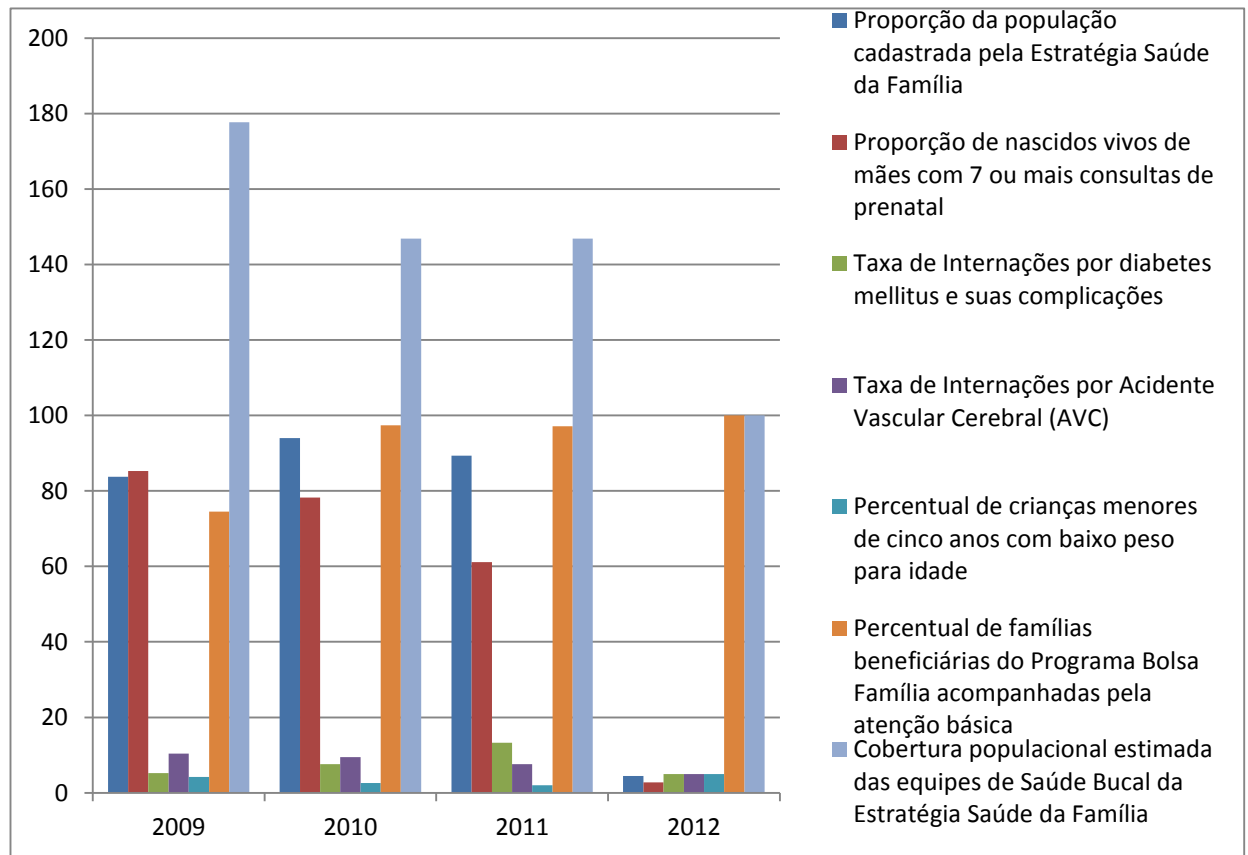


Gráfico 4: Fortalecimento da Atenção Básica

Fonte: Elaborado pela própria autora com base em SISPACTO 2010-2011 e SINAN

Pode-se notar que durante este período a gestão conseguiu desenvolver e estimular o trabalho em equipe, não sendo apenas uma questão de capacidade de gerenciamento dos recursos. Houve também um compromisso dos profissionais envolvidos e a busca da resolutividade das ações através da intersetorialidade para o alcance da eficiência e da eficácia visando o bem da população.

4.7 PRIORIDADES VII: SAÚDE DO TRABALHADOR, VIII: SAÚDE MENTAL, IX: FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA DO SISTEMA DE SAÚDE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E X: ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RISCO DE VIOLÊNCIA.

Em relação a estas prioridades não foram realizadas ações de acordo os indicadores pactuados, tornando-se um dado negativo em relação à Gestão.

A prioridade VII referente à saúde do trabalhador está condicionada a capacitação dos profissionais em saúde do trabalhador e a sua ampliação em relação a assistência destes. Esta situação de não ação ou falta de dados foi repetida nas prioridades saúde mental, das pessoas com deficiência e em atenção às pessoas em situação de risco de violência.

De acordo o relatório do Pacto pela Saúde do município de São Félix, no que diz respeito às prioridades que não foram pactuadas ou os resultados não foram contabilizados, pode-se verificar que a Gestão Municipal de Saúde foi contra os princípios da universalidade e equidade, que compõem o Sistema Único de Saúde que diz que a saúde é um direito de todos e assegura tratamento desigual aos desiguais, ou seja, dar prioridade aqueles que mais necessitam de determinado serviço ou assistência sem que haja prejuízo para aqueles que de certa forma, conseguirá suprir a sua necessidade.

4.8 PRIORIDADE XI: SAÚDE DO HOMEM

Analisando os dados aos quais se referem esta prioridade, a gestão municipal se limitou aos dados sobre cirurgias de próstata. Em 2009 e 2010 foram realizadas 6 cirurgias em cada ano e em 2011, apenas 1 cirurgia.

Os dados referentes ao ano de 2012 não foram possíveis de analisar, pois não constavam nos sítios do Ministério da Saúde e da Prefeitura Municipal.

Fazendo uma análise das ações e serviços de saúde do município de São Félix os principais serviços ofertados pela Atenção Básica são: Pré-natal; acompanhamento no desenvolvimento do recém-nascido; acompanhamento ao diabético, tuberculoso; hanseníase, DST, AIDS, prevenção do câncer de mama e colo do útero, acompanhamento médico rotineiro, consultas com especialistas, tomografias e outros tratamentos em parceria com a Santa Casa de Misericórdia.

De acordo os dados analisados no que se refere ao ano de 2009, não houve muitos avanços no Sistema de Saúde Municipal, principalmente ao que se refere ao controle de câncer de útero, ou seja, provavelmente ocorreram poucas ações voltadas para o tema.

O que se observa na análise realizada através deste estudo é que houve uma queda da atuação da Gestão Municipal de Saúde nos anos que corresponde ao primeiro ano de mandato, 2009, configurando talvez a necessidade de os gestores se adaptarem ao sistema municipal e a realidade do município em relação às demandas da população. E, também no último ano da gestão, em 2012, talvez por ser um período de eleição municipal, restringindo a atuação dos gestores pelo risco de configurar um ato de campanha eleitoral com a utilização de recursos públicos.

Houve, em 2010, um grande avanço na requalificação das Unidades de Saúde da Família- USF, desde a estrutura até a capacitação dos profissionais, com o intuito de melhorar os resultados em relação às metas em que houve pouca resolutividade, ocasionando uma redução no número de internações hospitalares.

Em relação à política pública de saúde, São Félix buscou durante os anos de 2009 à 2012 realizar o que foi definido principalmente em relação à Atenção Básica. O município teve uma cobertura de 100% de Unidade Básica de Saúde- UBS nas quais trabalham profissionais capacitados dando mais ênfase a Atenção Básica.

As ações de saúde foram voltadas para uma assistência preventiva através do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde- ACS que realizam visitas domiciliares, encaminhando e fazendo a ligação da população com a UBS evitando que a procura pela unidade seja apenas para cura e não a promoção de saúde.

No ano de 2010 houve um empenho maior da gestão municipal de saúde no alcance das metas, sendo considerado satisfatório ou muito satisfatório, comprovando que atendeu ao estabelecido na Política Pública de Saúde e o que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica. Devido a isso obteve a titulação de sucesso na Federação das Indústrias do Rio de Janeiro- FIRJAN e no Índice de Desenvolvimento do SUS- IDSUS. Possibilitando a aprovação de vários projetos tais como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da

Qualidade- PMAQ, construção e recuperação de USF, academias de saúde e o Programa Saúde na Escola- PSE.

Houve também uma preocupação com a regionalização que implica na preocupação da Gestão em relação de como manter um sistema de saúde descentralizado nas suas ações e serviços conseguindo atender cada comunidade de acordo as demandas provenientes as necessidades de sua população.

Outro ponto em que se adequa ao que é proposto na PNAB é a gestão considerar o sujeito na sua singularidade, que além de compartilhar as mesmas necessidades da comunidade em que vive, na sua individualidade apresenta demandas que necessita de uma atenção mais personalizada para que haja uma efetividade nas ações e uma maior resolutividade nos resultados.

Não houve dados registrados em relação às ações voltadas para as pessoas com deficiência e em situação de violência, sendo que a gestão deveria considerar o sujeito na sua singularidade, que compartilha da mesma necessidade da comunidade na qual está inserido, mas na sua individualidade apresenta demandas que necessitam de uma atenção personalizada para que haja uma efetividade nas ações e uma maior resolutividade nos resultados.

Vale ressaltar que mesmo apresentando algumas deficiências, principalmente em relação à inclusão social, e problemas devido aos repasses federais e estaduais e a sua pequena arrecadação, entre outros, a Gestão Municipal em Saúde de São Félix conseguiu superar as dificuldades, obtendo números expressivos, quando comparados ao rendimento de outros municípios do mesmo porte, comprovando porque este município se tornou referência não só municipal como também estadual.

Em síntese, pode-se afirmar que diferente de outros municípios, o que tornou a Gestão Municipal em Saúde de São Félix mais eficiente foi o comprometimento da Gestão com o SUS, com os profissionais envolvidos e com a população, afirmando a estreita relação que existe entre si.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gerenciar e administrar o modelo de saúde que está instalado no Brasil não é uma tarefa fácil, o compromisso e a responsabilidade deve ser de todos, tanto dos gestores quanto da população que além de usuária é também responsável pelo desenvolvimento do setor.

Após a descentralização política e financeira do SUS, os municípios passaram a administrar os recursos e a realizar ações de forma regionalizada, buscando atender de forma eficiente as demandas da sua população.

Neste processo, que teve como prioridade o fortalecimento do SUS, os municípios passaram a ocupar um lugar de destaque, pois estão mais próximos do cidadão, tendo uma visão clara e ampla das demandas. Em contrapartida aumentou a responsabilidade em promover políticas públicas de saúde mais regionalizadas.

Quando o gestor passa a entender que o processo de gerenciar não é uma ação isolada de quem está à frente das tomadas de decisão e passa a integrar os profissionais como coautores e a população como fiscalizadores e sinalizadores dos problemas, a gestão pública avança no sentido de formular políticas públicas eficazes e sócias- culturalmente inclusiva, atendendo de forma abrangente a toda sociedade.

Todavia em relação ao município de São Félix, referente ao ano de 2012, não foram encontrados dados ou relatórios que configure ações do município, configurando uma possível desatualização do Sistema de Atenção Básica- SIAB e do portal da transparência do município, impedindo que a população exerça seu papel de fiscalizador. Esse fato torna-se um ponto negativo em relação à Gestão, já que os recursos financeiros dependem da atualização constante dos dados e relatórios, ao mesmo tempo em que, supostamente, comprova que não há uma atuação eficiente do Conselho Municipal de Saúde.

Portanto, de acordo com a análise dos resultados de pactuação aqui estudados, a Secretaria Municipal de Saúde de São Félix cumpriu o que foi pactuado junto ao Ministério da Saúde deixando claro que o município é referência em saúde, tornando-se um grande indicador da competência da Gestão em Saúde.

REFERENCIAS

ASSIS, de Fernando; MISCHIATI, Michele Fernanda. UNINGÁ. Review. 2010.Abril. N°03. P.23-31

BOUSQUAT, Aylene; Cohn Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio- espacial no município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro, 22(9): 1935-1943, setembro, 2006.

BRASIL. Portaria 1.886, de dezembro de 1997. Aprovar as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, nos termos dos Anexos I e II desta Portaria, com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos Programas. Brasília, Do 247, 22. 12. 1997. Disponível em: <http://saudeprev.com.br/pdfgeral/Portaria%20n%BA%201886%20progma%20de%20ACS-%20&PSF.htm> acesso em 23 de agosto de 2013.

BRASIL. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf acesso em 15 de agosto de 2013.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- Brasília. 2011

DATASUS:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>

GIL. Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social/ antono Carlos Gil.- 6° ed- São Paulo: Atlas 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro : Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica- Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. Painel de Indicadores do SUS- Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão Administrativa e Financeira no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Desenvolvimento do SUS. IDSUS 2012. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Portal Brasil: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/programas-e-campanhas/saude-da-familia>

Portal da Saúde:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149

Souza. Celina; A Nova Gestão Pública. A nova Gestão Pública, Desafios e Perspectivas. Fundação Luís Eduardo Magalhães. Salvador, 2001. FLEM p. 38-62

SANTOS, Clezio Saldanha dos. Introdução à Gestão Pública. São Paulo: Saraiva, 2006.p 11-20.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. **Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens** (2008).

SESAB (Secretária de Saúde do Estado da Bahia), 1996. Atenção à Saúde da Família no Estado da Bahia. Salvador: Sesab, Grupo de Trabalho Modelo Assistencial (documento interno).

Souza HM. Saúde da Família: desafios e conquistas. Em: Negri B, Viana AL, orgs. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. Pag. 221–40.

TENORIO, Fernando G.; SARAVIA, Enrique J. Escorços sobre gestão pública e gestão social. In: MARTINS, Paulo Emilio Matos; PIERANTI, Octavio Penna (Org). Estado e gestão pública: visões do Brasil contemporâneo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. (107-132)

Viana AL, Dal Poz M. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família Disponível em SCIELO. Acessado em: 14/08/2013.

ANEXOS

Município de São Félix/BA

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E POLÍTICAS			
População do Município (2012):	14.159	Serviços de saúde (2010):	0,00
Prefeito:	EDUARDO JOSÉ DE MACEDO JUNIOR - PSB	Transferência de Recursos do SUS (união)(2010):	10.551.949,00
Densidade demográfica (2012):	142,73	Transferência de Recursos do SUS (municípios)(2010)	0,00
Taxa de crescimento da população (2012):	1,07	Transferência de Convênios da União para o SUS (2010):	0,00
Grau de urbanização (2009):	63,90	Transferência (capital) de Convênios da União para o SUS (2010):	0,00
IDHM (2010):	0,63	Transferências de Convênios dos Estados para o SUS(2011):	0,00
Renda per capita (2010): R\$	1.927,82	Transferência (capital) de Convênios dos Estados para o SUS (2010):	0,00
IDSUS	6.7	Transferências de Convênios dos Municípios para o SUS (2010):	0,00
Percentual de População em Extrema Pobreza	20.43	Transferência (capital) de Convênios dos Municípios para o SUS (2010):	0,00
Taxa de mortalidade infantil (2008):	23.3	Transferência (capital) de Convênios dos Municípios para o SUS (2010)	0,00
Colegiado de Gestão:	Cruz das Almas		

DENGUE	2008	2009	2010	2011	2012
Taxa de incidência de Dengue (por 100.000 hab.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentual dos casos de Dengue notificados	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VIGILÂNCIA EM SAÚDE - MORBIDADE E MORTALIDADE - Junho/2013

AIDS	2008	2009	2010	2011
Taxa de incidência de Aids (por 100.000 hab.)	31,27	18,50	14,18	42,46
Taxa de mortalidade de Aids (por 100.000 hab.)	18,76	0,00	7,09	7,07

Fonte: SISCEL / IBGE

Fonte: Sinan / SIM / Siscel

SÍFILIS	2008	2009	2010	2011
Taxa de incidência de Sífilis Congênita em menores de 1 ano (por 100.000 hab.)	3,48	0,00	0,00	0,00

Fonte: SINAN/SIM/SINASC/IBGE

Fonte: SINAN

TUBERCULOSE	2008	2009	2010	2011	2012
Taxa de incidência de Tuberculose todas as formas (por 100.000 hab.)	12,51	0,00	56,74	56,62	84,75
Taxa de mortalidade por Tuberculose todas as formas (por 100.000 hab.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxa de incidência Tuberculose Bacilífera (por 100.000 hab.)	12,51	0,00	49,65	49,54	35,31
Percentual de Casos de Bacilíferos Curados	50,00	0,00	71,42	28,57	40,00
Percentual de casos de retratamento que realizaram cultura	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Casos com teste HIV realizado	200,00	0,00	160,00	114,28	300,00

Fonte: SINAN/SIM/IBGE

Fonte: SINAN

HANSENÍASE	2008	2009	2010	2011	2012
Taxa de detecção em menores de 15 anos (por 100.000 hab.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxa de detecção com grau II de deformidade (por 100.000 hab.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxa de detecção na população geral (por 100.000 hab.)	0,00	6,16	0,00	7,07	0,00

Fonte: SINAN

MALÁRIA	2008	2009	2010	2011	2012
Número absoluto de casos de Malária (por 100.000 hab.)	0	0	0	0	0
Percentual de tratamentos para Malária iniciados em até 48 horas após o início dos primeiros sintomas (por 100.000 hab.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: SIVEP-Malária/SISMAL/SIM/SINAN/SIH/SUS/IBGE

Fonte: SINAN / IBGE

oportunamente						
LEPTOSPIROSE		2008	2009	2010	2011	2012
SAÚDE DA FAMÍLIA						
ACS - Agentes Comunitários de Saúde	DEZ/2002	DEZ/2010	DEZ/2011	DEZ/2012	novembro/2013	
Cobertura Populacional	99,99%	99,98%	100,00%	100,22%	100,00%	

Fonte: SINAN/IBGE

LEISHMANIOSE	2008	2009	2010	2011	2012
Taxa de incidência de Leishmaniose Visceral (por 100.000 hab.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Número de óbitos de Leishmaniose Visceral (por 100.000 hab.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Casos de Leishmaniose confirmados pelo laboratório	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00
Taxa de detecção de Leishmaniose Tegumentar Americana (por 100.000 hab.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Proporção de casos da forma clínica mucosa de Leishmaniose Tegumentar Americana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: SINAN/SIM/IBGE

Fonte: SINAN

MENINGITE	2008	2009	2010	2011	2012
Taxa de incidência de Meningite Bacteriana (por 100.000 hab.)	0,00	0,00	0,00	0,00	21,18
Letalidade por Meningite Bacteriana (por 100.000 hab.)	0,00	0,00	0,00	0,00	66,66
Percentual de casos de Meningite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentual de casos da doença meningocócica que foi realizada a quimioprofilaxia em 48 horas nos contatos próximos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: SINAN/SIM/IBGE

Fonte: SINAN

Fonte: SIM / SINAN / IBGE

FEBRE AMARELA	2008	2009	2010	2011
Número absoluto de casos por Febre Amarela	0	0	0	0
Letalidade de casos de Febre Amarela	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: SIM / SINAN / IBGE

BRASIL SORRIDENTE/CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO/PRÓTESE DENTÁRIA -					
		2010	2011	2012	dezembro/2013
C	Número de CEO implantados	1	1	1	1
	Laboratórios de próteses dentárias	1	1	1	1
	Próteses dentárias	177	94	209	0
	Número de equipes de saúde na família	6	6	6	6

Fonte: DAB/SAS/MS
Fonte: DAB/SAS/MS

Fonte: DAB/SAS/MS

BRASIL SORRIDENTE					
	DEZ/2002	DEZ/2010	DEZ/2011	DEZ/2012	dezembro/2013
Cobertura Populacional	100,0%	100,0%	100,0%	100,2%	100,0%
Número de equipes de saúde bucal implantadas	3	6	6	6	5
Valores transferidos Fundo a Fundo (R\$ valores em mil)	27.750	248.400	259.200	278.550	242.265

Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF				
Ano	NASF 1	NASF 2	Total	
2009	0	0	-	
2010	0	0	-	
2011	0	0	-	
2012	0	1	1	
2013	0	1	1	

Fonte: DAB/SAS/MS

REDE CEGONHA - ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA E INFANTIL	
Nº estimado de gestantes dos municípios que aderiram à Rede Cegonha	205
Nº de leitos da Rede Cegonha em funcionamento	0
Nº de municípios que aderiram à Rede Cegonha	1

Fonte: DAB/SAS/MS

Fonte: MS/SAS/DAPES/ATSM

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA - julho/2013

Nº de exames citopatológicos (Papanicolau) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos	334
Nº de exames citopatológicos (Papanicolau) realizados em mulheres	437
Nº de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos	158
Nº de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres	158

Fonte: SIA/SAS/MS

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (dezembro/2013)

Nº de municípios recebendo repasse de custeio pelo SOS Emergências	0
Nº de convênios celebrados para readequação física e tecnológica nos hospitais selecionados pelo SOS Emergências	0
Nº de hospitais com novos equipamentos instalados pelo SOS Emergências	0
Nº de hospitais com unidade de urgência e emergência reformada pelo SOS Emergências	0
Nº de planos de ação elaborados pelos hospitais selecionados pelo SOS Emergências	0
Nº de Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) implantados	0
Nº de diagnósticos situacionais elaborados pelos hospitais selecionados pelo SOS Emergências	0
Nº de hospitais do SOS Emergências com sistema informatizado implantado	0
Nº de termos de compromisso assinados por estados e municípios dos hospitais selecionados pelo SOS Emergências	0
Nº de novos leitos em enfermaria de retaguarda de longa permanência abertos pelo SOS Emergências	0

Fonte: DAE/FORMSOS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA (novembro/2013)

Ano	UPA 1	UPA 2	UPA 3	TOTAL
2009	0	0	0	-
2010	0	0	0	-
2011	0	0	0	-
2012	0	0	0	-
2013	0	0	0	-

Fonte: DAB/SAS/MS

PROGRAMA MELHOR EM CASA (dezembro/2013)					
Equipes Habilitadas EMAD	Equipes Habilitadas EMAP	Equipes Implantadas EMAD	Equipes Implantadas EMAP	Valor Repasse EMAP/2013	Valor Repasse EMAD/2013
0	0	0	0	0,00	0,00

Fonte: DAB/SAS/MS

SAÚDE NÃO TEM PREÇO - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR (dezembro/2013)	
Ano	Número de farmácias

Fonte: DAF/SCTIE/MS

FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL(dezembro/2013)	
Ano	Número de farmácias

Fonte: DAF/SCTIE/MS

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - SUS	
Tipo de unidade de saúde	Quantidade
Centro De Saude/Unidade Basica	6
Hospital Geral	1
Total	7

Fonte: CNES - DATASUS/MS

Especialidade	Federal		Estadual		Municipal		Privada		Total	
	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente
ESPEC - CIRURGICO	0	0	0	0	0	0	34	35	34	35
ESPEC - CLINICO	0	0	0	0	0	0	32	34	32	34
COMPLEMENTAR	0	0	0	0	0	0	10	10	10	10
OBSTETRICO	0	0	0	0	0	0	8	10	8	10
PEDIATRICO	0	0	0	0	0	0	6	7	6	7
OUTRAS ESPECIALIDADES	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
HOSPITAL DIA	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
Total	0	0	0	0	0	0	94	100	94	100
Leitos p/ 800 hab.*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,31	5,65	5,31	5,65

Fonte: CNES - DATASUS/MS

TOTAL DE EQUIPAMENTOS POR GRUPO										
Grupo	Federal		Estadual		Municipal		Privada		Total	
	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente
Equipamentos de Diagnostico por Imagem	0	0	0	0	2	2	13	13	15	15
Equipamentos de Infra-Estrutura	0	0	0	0	3	3	2	2	5	5
Equipamentos de Odontologia	0	0	0	0	10	10	1	1	11	11
Equipamentos para Manutencao da Vida	0	0	0	0	6	6	72	72	78	78
Equipamentos por Metodos Graficos	0	0	0	0	3	3	7	7	10	10
Equipamentos por Metodos Opticos	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6
Outros Equipamentos	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
Total	0	0	0	0	24	24	106	106	130	130

Fonte: CNES - DATASUS/MS

Recursos Federais do SUS - Transferência Fundo a Fundo - Competência (valor bruto em R\$)

Atualizado até 23/01/2014

Grandes blocos	2009	2010	2011	2012	2013
Atenção Básica	1.556.818,50	1.568.421,00	1.756.303,19	2.273.950,00	2.313.806,97
Média e Alta Complexidade	7.410.275,96	7.690.013,26	8.656.962,45	9.608.873,33	9.364.614,60
Vigilância em Saúde	97.242,32	104.896,45	73.197,12	88.482,66	124.455,37
Assistência Farmacêutica	62.738,16	82.660,80	82.660,80	82.660,80	75.772,40
Gestão do SUS		10.000,00	18.000,00	20.000,00	15.000,00
Investimentos		200.000,00			163.200,00

Fonte: fns/ms

CONVÊNIOS - GESCON (R\$ 1,00) - Atualizado até 08/10/2013

Ano	QTD	Valor Aprovado	Valor Empenhado	Valor Pago
2002	3	70.400,00	64.000,00	64.000,00
2003	1	0,00	0,00	0,00
2005	1	802.000,00	0,00	0,00
2008	2	1.070.000,00	1.070.000,00	470.000,00

Fonte: fns/ms

**CONVÊNIOS - SISCONV (R\$ 1,00) - Atualizado até
08/10/2013**

Ano	QTD	Repassse	Valor Empenhado	Valor Pago
2010	1	300.000,00	300.000,00	270.636,00
2012	2	2.000.000,00	0,00	0,00

Fonte: SISCONV/ fns/ms

**CONVÊNIOS - FUNASA (R\$ 1,00) - Atualizado até
23/01/2014**

Ano	QTD	Repassse	Valor Empenhado	Valor Pago
2002	1	4.040,40	400.000,00	0,00
2003	1	10.815,56	299.976,41	0,00

Fonte: FNS/MS





Planilha de Pactuação Municipal do Pacto de Indicadores da Atenção Básica - 2013

PACTO PELA VIDA

PRIORIDADE: I - ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO.

OBJETIVOS

II. CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRESTADA AO RESIDENTE NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI.

I. IDENTIFICAR PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE FRAGILIDADE OU EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO PARA AÇÕES DE PREVENÇÃO DE FRATURA DE FÊMUR.

INDICADORES

PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR	não pactuado	5,20	/10.000

PRIORIDADE: II - CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA.

OBJETIVOS

IV. IMPLANTAR O SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÃO PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA - SISMAMA, COM IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO, INTEGRANDO-O AO SISCOLO

III. DIMINUIR O NÚMERO DE AMOSTRAS INSATISFATORIAS DO EXAME CITOPATOLÓGICO.

II. TRATAR/SEGUIR AS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO NÍVEL AMBULATORIAL.

I. AMPLIAR OFERTA DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO DE FORMA QUE A COBERTURA DO EXAME PREVENTIVO ALCANCE A 80% DA POPULAÇÃO ALVO.

INDICADORES

PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAIS NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO-ALVO, EM DETERMINADO LOCAL, POR ANO	0,24	0,07	razão
PERCENTUAL DE TRATAMENTO/SEGUIMENTO NO NÍVEL AMBULATORIAL DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO (LESÕES DE ALTO GRAU - NIC II E NIC III)	50,00	100,00	%
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORÇÃO DE SERVIÇOS (SUS E CREDENCIADO) DE MAMOGRAFIA CAPACITADOS NO SISMAMA	não pactuado	não informado	%

PRIORIDADE: III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.

OBJETIVOS

VII. REDUZIR A TAXA DE CESÁREAS

VI. APRIMORAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRE-NATAL

V. REDUZIR O NÚMERO DE MORTE INFANTIL INDÍGENA, TENDO COMO LINHA DE BASE O ANO DE 2005.

IV. REDUZIR A MORTALIDADE NEONATAL

III. REDUZIR A MORTALIDADE POS-NEONATAL

II. INVESTIGAR ÓBITOS MATERNAIS

I. ESTIMULAR A INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO DE MENORES DE UM ANO, VISANDO SUBSIDIAR INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE NESTA FAIXA ETÁRIA.

INDICADORES

PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS	60,00	100,00	%
PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL INVESTIGADOS	100,00	100,00	%
NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS DE RESIDENTES ENTRE 28 E 364 DIAS DE IDADE	1	0	N. Absoluto
NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS DE MENORES DE 28 DIAS DE IDADE	3	2	N. Absoluto
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA	0	0	N. Absoluto
TAXA DE CESÁREAS. OBS. META IGUAL OU MENOR QUE O VALOR PACTUADO.	26,40	36,90	%

PRIORIDADE: IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE

NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS.

OBJETIVOS

VII. REDUZIR A INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS

VI. AMPLIAR A COBERTURA DA POPULACAO BRASILEIRA COM ACOES DE VIGILANCIA, PREVENCAO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS

V. AUMENTAR A PROPORCAO DE COLETA DE AMOSTRAS CLINICAS PARA O DIAGNOSTICO DO VIRUS INFLUENZA DE ACORDO COM O PRECONIZADO

IV. AMPLIAR A CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS, NOS PERIODOS DE TRATAMENTO PRECONIZADOS

III. REDUZIR A INCIDENCIA DE MALARIA NA REGIAO DA AMAZONIA LEGAL

II. AMPLIAR A CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILIFERA DIAGNOSTICADOS A CADA ANO

I. REDUZIR A LETALIDADE POR FEBRE HEMORRAGICA DE DENGUE

INDICADORES

PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
TAXA DE LETALIDADE POR FEBRE HEMORRAGICA DE DENGUE	1,00	0,00	%
PROPORCAO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	100,00	50,00	%
INCIDENCIA PARASITARIA ANUAL DE MALARIA. OBS: INDICADOR A SER PACTUADO SOMENTE PELOS ESTADOS DA AMAZONIA LEGAL	não pactuado	não informado	%
PROPORCAO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	100,00	0,00	%
PROPORCAO DE AMOSTRAS CLINICAS COLETADAS DO VIRUS INFLUENZA EM RELACAO AO PRECONIZADO	não pactuado	não informado	%
PROPORCAO DE CASOS DE HEPATITES B E C CONFIRMADOS POR SOROLOGIA	100,00	100,00	%
TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	0,77	0,00	/100.000

PRIORIDADE: V - PROMOCAO DA SAUDE

OBJETIVOS

III. AMPLIAR REDE DE PREVENCAO DE VIOLENCIA E PROMOCAO A SAUDE NOS ESTADOS E MUNICIPIOS

II. REDUZIR A PREVALENCIA DO TABAGISMO NO PAIS

I. PROMOVER ATIVIDADE FISICA COM OBJETIVO DE REDUZIR O SEDENTARISMO NO PAIS

INDICADORES

PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PERCENTUAL DE UNIDADES DE SAUDE QUE DESENVOLVEM ACOES NO CAMPO DA ATIVIDADE FISICA	66,60	66,60	%

PRIORIDADE: VI - FORTALECIMENTO DA ATENCAO BASICA

OBJETIVOS

X. MELHORAR O ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO SETOR SAUDE DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA (ACOMPANHAMENTO DAS FAMILIAS E CRIANCAS BENEFICIARIAS)

IX. DESENVOLVER ACOES CONTINUAS VOLTADAS A DIMINUCAO DA PREVALENCIA DE DESNUTRICAO EM CRIANCAS MENORES DE 5 ANOS

VIII. DESENVOLVER ACOES DE PROMOCAO, PREVENCAO E ASSISTENCIA CONTEMPLANDO PRIORITARIAMENTE, AS AREAS PROGRAMATICAS E TRANSVERSAIS

VII. IMPLANTAR O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIACAO DA ATENCAO BASICA NAS TRES ESFERAS DE GOVERNO, COM VISTAS A QUALIFICACAO DA GESTAO DESCENTRALIZADA

VI. FORTALECER O DESENVOLVIMENTO DAS REDES LOCAIS E REGIONAIS DE SAUDE COM VISTA A INTEGRACAO DA ATENCAO BASICA AOS DEMAIS NIVEIS DE ATENCAO

V. APOIAR TECNICA E FINANCEIRAMENTE A ATENCAO BASICA COMO RESPONSABILIDADE DAS TRES ESFERAS DE GESTAO DO SUS

IV. GARANTIR A INFRA-ESTRUTURA NECESSARIA AO FUNCIONAMENTO DA UNIDADE BASICA DE SAUDE CONSIDERANDO MATERIAIS, EQUIPAMENTOS, INSUMOS SUFICIENTES PARA O CONJUNTO DE ACOES PROPOSTAS PARA ESSES SERVICOS

III. AMPLIAR E QUALIFICAR A ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA NOS MUNICIPIOS BRASILEIROS POR MEIO DO CUMPRIMENTO DOS PRINCIPIOS ESTABELECIDOS NA POLITICA NACIONAL DE ATENCAO BASICA: ACESSIBILIDADE, VINCULO, COORDENACAO, CONTINUIDADE DO CUIDADO, TERRITORIALIZACAO E ADSCRICAO DE CLIENTELA, RESPONSABILIZACAO, HUMANIZACAO

II. DESENVOLVER ACOES DE QUALIFICACAO DOS PROFISSIONAIS DA ATENCAO BASICA POR MEIO DE ESTRATEGIAS DE EDUCACAO PERMANENTE E DE OFERTA DE CURSOS DE ESPECIALIZACAO E RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL E EM MEDICINA DA FAMILIA E COMUNIDADE, PRIORITARIAMENTE PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA

I. GARANTIR QUE A ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA SEJA A ESTRATEGIA PRIORITARIA DA ATENCAO BASICA E ORIENTADORA DOS SISTEMAS DE SAUDE CONSIDERANDO AS DIFERENCAS LOCO-REGIONAIS

INDICADORES

PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DA POPULACAO CADASTRADA PELA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA	100,00	83,80	%
COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTologica PROGRAMATICA	60,00	24,70	%
TAXA DE INTERNACOES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	35,10	55,20	/10.000
TAXA DE INTERNACAO POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICACOES NA POPULACAO DE 30 ANOS E MAIS	20,00	18,10	/10.000
MEDIA ANUAL DE CONSULTAS MEDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES	2,14	1,30	quantidade

BASICAS			
PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM 4 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL. OBS: PACTUAR SOMENTE SE NAO TIVER ATINGIDO 90% DO ANO ANTERIOR, CONFORME INSTRUTIVO	não pactuado	94,20	%
PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL. OBS: PACTUAR SOMENTE SE TIVER ATINGIDO MAIS DE 90% NO ANO ANTERIOR, CONFORME INSTRUTIVO	90,00	85,71	%
PERCENTUAL DE CRIANCAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE	14,00	3,80	%
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA COM O PROJETO AVALIACAO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA (AMQ) IMPLANTADO. OBS: A SER PACTUADO PELO DF E MUNICIPIOS < DE 100.000 HAB	não pactuado	não informado	%
RECURSO FINANCEIRO (EM REAIS) PROPRIO DISPENDIDO NA ATENCAO BASICA	1.000.000,00	1.659.539,65	R\$
MEDIA ANUAL DA ACAO COLETIVA ESCOVACAO DENTAL SUPERVISIONADA	8,00	5,70	%
MEDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMILIA REALIZADAS POR AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	não pactuado	não informado	quantidade
PERCENTUAL DE FAMILIAS COM PERFIL SAUDE BENEFICIARIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA ACOMPANHADAS PELA ATENCAO BASICA	20,00	74,49	%
PRIORIDADE: VII - SAUDE DO TRABALHADOR			
OBJETIVOS			
II. APOIAR ESTADOS E MUNICIPIOS NA CAPACITACAO DE PROFISSIONAIS EM SAUDE DO TRABALHADOR			
I. AMPLIAR A REDE NACIONAL DE ATENCAO INTEGRAL A SAUDE DO TRABALHADOR - RENAST, ARTICULADA ENTRE O MINISTERIO DA SAUDE, AS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS, A PARTIR DA REVISAO DA PORTARIA G/M NUMERO 2.437 DE 07/12/2005			
INDICADORES			
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
NUMERO PROFISSIONAIS DE SAUDE MATRICULADOS	não pactuado	não informado	N.Absoluto
PRIORIDADE: VIII - SAUDE MENTAL.			
OBJETIVOS			
II. BENEFICIAR PACIENTES DE LONGA PERMANENCIA EM HOSPITAIS PSIQUIATRICOS POR MEIO DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA - PVC			
I. AMPLIAR A COBERTURA DE CENTROS DE ATENCAO PSICOSSOCIAL - CAPS			
INDICADORES			
PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
TAXA DE COBERTURA CAPS POR 100 MIL HABITANTES	não pactuado	não informado	/100.000
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
TAXA DE COBERTURA DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA	não pactuado	não informado	N.Absoluto
PRIORIDADE: IX - RESPONSABILIDADES GERAIS			
OBJETIVOS			
INVESTIGAR TODOS OS CASOS DE EVENTOS ADVERSOS POS-VACINACAO.			
PRIORIDADE: X - ATENCAO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUACAO OU RISCO DE VIOLENCIA			
OBJETIVOS			
II. AMPLIAR A COBERTURA DA FICHA DE NOTIFICACAO/ INVESTIGACAO DE VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS			
I. IMPLANTAR REDES DE ATENCAO E PROTECAO A PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA DOMESTICA E SEXUAL QUE CONTEMPLAM: CRIANCAS, ADOLESCENTES, ADULTOS, IDOSOS, PESSOAS COM DEFICIENCIA, COM TRANSTORNOS MENTAIS E TRABALHADORES, DE AMBOS OS SEXOS			
INDICADORES			
COMPLEMENTAR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE REDES DE ATENCAO INTEGRAL A MULHER E ADOLESCENTES EM SITUACAO DE VIOLENCIA IMPLANTADOS EM MUNICIPIOS PRIORITARIOS NO ESTADO. OBS: A SER PACTUADO POR MUN. PRIORITARIOS, CONFORME INSTRUTIVO	não pactuado	não informado	N.Absoluto
PACTO DE GESTAO			
PRINCIPAL	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
COBERTURA VACINAL POR TETRAVALENTE EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	95	114	N. vacinad
PROPORCAO DE OBITOS NAO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BASICAS DEFINIDAS. OBS. MANTER MAIOR OU IGUAL A META PACTUADA.	93,00	93,60	%
TAXA DE NOTIFICACAO DE CASOS DE PARALISIA FLACIDA AGUDA - PFA EM MENORES DE 15 ANOS	1,00	0,00	/100.000
PROPORCAO DE DOENCAS EXANTEMATICAS INVESTIGADOS OPORTUNAMENTE	100,00	0,00	%

PROPORCAO DE CASOS DE DOENCAS DE NOTIFICACAO COMPULSORIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APOS NOTIFICACAO	75,00	80,00	%
PROPORCAO DA RECEITA PROPRIA APLICADA EM SAUDE CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTACAO DA EC 29/2000	17,76	17,79	%
INDICE DE ALIMENTACAO REGULAR DAS BASES DE DADOS NACIONAIS OBRIGATORIAS SIA-SUS, SIH-SUS, CNES, SIAB	100,00	100,00	%
INDICE DE CONTRATUALIZACAO DE UNIDADES CONVENIADAS AO SUS, NOS ESTADOS E MUNICIPIOS	100,00	100,00	%
PACTO PELA VIDA			
PRIORIDADE I. ATENCAO A SAUDE DO IDOSO.			
OBJETIVO: ACOMPANHAR A COBERTURA VACINAL COM A VACINA CONTRA INFLUENZA NOS MAIORES DE 60 ANOS NO MUNICIPIO.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE IDOSOS COM 60 ANOS E MAIS VACINADOS CONTRA INFLUENZA.	80,00	80,59	%
PRIORIDADE III. REDUCAO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.			
OBJETIVO: MELHORAR A ASSISTENCIA AO PRE-NATAL E PARTO NA REDE ASSISTENCIAL DE SAUDE.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO AO NASCER.	5,80	5,30	%
PRIORIDADE IV. FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENCAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ENFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS.			
OBJETIVO: EVITAR CASOS DE RAIVA HUMANA TRANSMITIDA POR CAES, ATRAVES DA IMUNIZACAO.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE POPULACAO CANINA ESTIMADA VACINADA CONTRA RAIVA DURANTE CAMPANHA.	95,00	84,70	%
OBJETIVO: CONHECER O PERFIL DAS MENINGITES BACTERIANAS NO MUNICIPIO.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE CASOS DE MENINGITE BACTERIANA ENCERRADOS POR CRITERIO LABORATORIAL.	100,00	0,00	%
OBJETIVO: MONITORAR E CONHECER O COMPORTAMENTO DAS ESPECIES DE TRIATOMINEOS NO ESTADO.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
REALIZAR PESQUISA DE TRIATOMINEOS CONFORME ESTRATIFICACAO DE RISCO.	1	1	n.absoluto
OBJETIVO: MONITORAR E CONHECER O COMPORTAMENTO DAS ESPECIES DE FLEBOTOMINEOS NO ESTADO.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
REALIZAR VIGILANCIA ENTOMOLOGICA DE FLEBOTOMINEOS EM AREAS COM TRANSMISSAO DAS LEISHMANIOSES CONFORME CLASSIFICACAO EPIDEMIOLOGICA.	1	1	n.absoluto
OBJETIVO: REALIZAR ACOES DE ELIMINACAO DE FOCOS E/OU CRIADOUROS DE AEDES AEGYPTI E/OU AEDES ALBOPICTUS NOS IMOVEIS.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE IMOVEIS INSPECIONADOS NOS MUNICIPIOS INFESTADOS POR AEDES AEGYPTI.	101,40	100,70	%
OBJETIVO: MONITORAR A CIRCULACAO DE ENTEROVIRUS NO PAIS VISANDO A MANUTENCAO DA ERRADICACAO DA POLIOMIELITE NO BRASIL.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE CASOS DE PFA COM UMA AMOSTRA DE FEZES COLETADA ATE O 14º DIA DO INICIO DA DEFICIENCIA MOTORA DETECTADA.	100,00	0,00	%
OBJETIVO: INVESTIGAR TODOS OS CASOS DE EVENTOS ADVERSOS POS-VACINACAO.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE EVENTOS ADVERSOS POS-VACINACAO GRAVES INVESTIGADOS.	100,00	0,00	%
OBJETIVO: INVESTIGAR LABORATORIALMENTE POR MEIO DE SOROLOGIA TODOS OS CASOS SUSPEITOS DE SARAMPO E RUBEOLA.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE CASOS SUSPEITOS DE SARAMPO E RUBEOLA INVESTIGADOS LABORATORIALMENTE POR MEIO DE SOROLOGIA.	100,00	0,00	%

OBJETIVO: GARANTIR COBERTURA VACINAL CONTRA A HEPATITE B SUFICIENTE E NECESSARIA PARA CONTROLE DESSA DOENCA.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE MENORES DE UM ANO VACINADOS COM A TERCEIRA DOSE DA VACINA CONTRA HEPATITE B.	95,00	108,79	%
OBJETIVO: CONTRIBUIR PARA O DESENVOLVIMENTO OPERACIONAL DO SINASC, IDENTIFICANDO AREAS CRITICAS QUE REQUEIRAM MAIOR ATENCAO.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS INFORMADOS AO SINASC EM 2008.	90,00	59,50	%
OBJETIVO: GARANTIR COBERTURA VACINAL CONTRA O SARAMPO, RUBEOLA E CAXUMBA SUFICIENTE E NECESSARIA PARA CONTROLE/ELIMINACAO DESSAS DOENCAS.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE CRIANCAS DE UM ANO VACINADAS COM A VACINA TRIPLICE VIRAL.	95,00	101,65	%
PRIORIDADE VI. FORTALECIMENTODA ATENCAO BASICA.			
OBJETIVO: REDUCAO DA MORBIDADE POR COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS E DA HIPERTENSAO ARTERIAL			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
TAXA DE MORTALIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) NA POPULACAO DE 40 ANOS E MAIS	15,00	6,60	/10.000
OBJETIVO: AUMENTAR A RESOLUTIVIDADE DA ATENCAO BASICA NO CONTROLE DE INFECCOES PREVALENTES NA INFANCIA E REDUZIR A GRAVIDADE DE DOENCAS INFECCIOSAS INTESTINAIS			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PERCENTUAL DE INTERNACOES POR DOENCAS INFECCIOSAS INTESTINAIS EM MENORES DE 05 ANOS DE IDADE.	12,00	0,40	%
OBJETIVO: AUMENTAR A RESOLUTIVIDADE DA ATENCAO BASICA NO CONTROLE DE INFECCOES RESPIRATORIAS PREVALENTES NA INFANCIA E REDUZIR A GRAVIDADE DE DOENCAS RESPIRATORIAS AGUDAS			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
TAXA DE INTERNACOES POR INFECCAO RESPIRATORIA AGUDA EM MENORES DE 5 ANOS.	13	12	/1.000
OBJETIVO: AUMENTAR A RESOLUTIVIDADE DA ASSISTENCIA AOS CASOS DE DIABETES			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
TAXA DE INTERNACAO POR CETOACIDOSE E COMA DIABETICO.	0,00	0,00	/10.000
OBJETIVO: ANALISAR DE FORMA INDIRETA O ACESSO AOS SERVICOS DE SAUDE.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
PROPORCAO DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS CADASTRADOS	50,00	37,10	%
PROPORCAO DE PORTADORES DE HIPERTENSAO ARTERIAL CADASTRADOS	71,00	40,60	%
OBJETIVO: FORTALECER A IMPLANTACAO DE EQUIPES AMPLIADAS.			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
RAZAO ENTRE EQUIPES DE SAUDE BUCAL E EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	1	1	Razao
OBJETIVO: AVALIAR A DESCRECARIZACAO DE VINCULO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
QUANTITATIVO DE ACS COM CARGOS/EMPREGOS PUBLICOS REGULARIZADOS	2	2	n.absoluto
PRIORIDADE XII - RESPONSABILIDADES GERAIS			
OBJETIVO: IDENTIFICAR A EXISTENCIA DE CAPITULO SOBRE A ASSISTENCIA FARMACEUTICA INCLUSO NO PLANO MUNICIPAL DE ASSIST. FARMACEUTICA			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
EXISTENCIA DE CAPITULO SOBRE A ASSISTENCIA FARMACEUTICA INCLUSO NO PMS (OU PLANO MUNICIPAL DE ASSIST. FARMACEUTICA)	1	1	N. Absolut
OBJETIVO: IDENTIFICAR A EXISTENCIA DE CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICA (CAF), COM ALVARA SANITARIO, IMPLANTADA			
INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
EXISTENCIA DE CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICA (CAF), COM ALVARA SANITARIO, IMPLANTADA	1	1	N. Absolut
OBJETIVO: IDENTIFICAR A EXISTENCIA DE COMISSAO DE FARMACIA E TERAPEUTICA NOS MUNICIPIOS ACIMA DE 50.000 HABITANTES.			

INDICADOR	Meta Proposta 2009	Resultado 2009	Unidade
EXISTENCIA DE COMISSAO DE FARMACIA E TERAPEUTICA	1	1	N. Absolut