

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Avaliação da Implementação do Pacto de Indicadores da Atenção  
Básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil”***

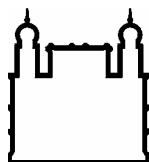
*por*

***Milena Maria do Amaral Bastos***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lígia Giovanella  
Assistente da orientadora: Prof.<sup>a</sup> Maria Aparecida de Assis Patroclo*

*Brasília, outubro de 2008.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“Avaliação da Implementação do Pacto de Indicadores da Atenção  
Básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil”***

*apresentada por*

***Milena Maria do Amaral Bastos***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Gerson Oliveira Penna

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marly Marques da Cruz

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lígia Giovanella - Orientadora

*Dissertação defendida e aprovada em 10 de outubro de 2008.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

B327 Bastos, Milena Maria do Amaral  
Avaliação da implementação do pacto de indicadores da  
atenção básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil. /  
Milena Maria do Amaral Bastos. Rio de Janeiro: s.n., 2009.  
162 f., il.

Orientador: Giovanella, Lígia  
Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Indicadores Básicos de Saúde. 2. Avaliação. 3. Gestão em  
Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.120981

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para realização dessa pesquisa – coordenadores da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, colegas de trabalho, às coordenadoras e aos colegas do curso de especialização e mestrado, aos entrevistados das Secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde e aos meus amigos.

Agradeço especialmente

À Doutora Lígia Giovanella por ter aceitado o convite para ser orientadora desse trabalho e pela fundamental condução durante a elaboração do mesmo;

Ao Doutor Gérson Penna, atual Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, por ter aceitado o convite para ser examinador na banca de defesa do mestrado;

À Doutora Marly Cruz, pelas orientações nas mais variadas dúvidas durante os cursos de especialização e mestrado e também por ter sido membro da banca examinadora,

À doutoranda Aparecida Patroclo, que na qualidade de assistente de orientação, dedicou muitas horas para me orientar nessa elaboração: “muito obrigada”;

À Martha Tostes, secretária do curso, pelas inúmeras ajudas nas questões acadêmicas;

A minha amiga Elizete Soares pelo estímulo e força dados durante todo o período de construção desse trabalho;

Ao Gerson Faria, meu namorado, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausências;

A seu Lima, taxista, pelas idas e vindas entre minha residência e o aeroporto e

A minha querida família pelo incentivo de sempre.

*“A vida é uma escuridão se não houver um impulso. Todo impulso é cego se não houver o saber. Todo saber é vão se não houver o trabalho. Todo trabalho é vazio se não houver o amor.”*

Poema de Hermes

## **Resumo**

O pacto de indicadores da atenção básica consiste num instrumento nacional de negociação entre as três instâncias de gestão do SUS tendo vigorado de 1999 a 2006. Com o objetivo de avaliar o processo de pactuação de indicadores da atenção básica desencadeado pelas Secretarias Estaduais de Saúde, no ano de 2006, e sua relação com contexto institucional, foi realizada uma pesquisa avaliativa, utilizando como estratégia de pesquisa o estudo de casos múltiplos, numa abordagem qualitativa. Foi elaborado o modelo lógico da intervenção explicitando os elementos relacionados ao processo de pactuação no que diz respeito a insumos, atividades, produtos e resultados de médio e longo prazos esperados, e uma matriz de avaliação contendo indicadores e padrões de julgamento. Os componentes do processo de pactuação definidos foram: articulação/mobilização, produção da informação, homologação, monitoramento e avaliação, e as dimensões estratégicas que conformam o contexto institucional das Secretarias Estaduais de Saúde foram: política, técnica, organizacional. Foram avaliadas três secretarias, em diferentes regiões do país, dos estados do Amapá, Maranhão e Rio de Janeiro. Os resultados revelam diferentes graus de implementação dos componentes do pacto da atenção básica nos três casos estudados. O componente articulação e mobilização foi classificado como totalmente implementado para o caso do nordeste (Maranhão) e parcialmente implementado para os casos do norte (Amapá) e do sudeste (Rio de Janeiro). A produção da informação foi classificada como não implementado nos três casos. O componente homologação no caso do nordeste foi classificado como totalmente implementado, no caso do sudeste como parcialmente implementado e o caso do norte como não implementado. O componente monitoramento e avaliação foi considerado como não implementado para os três casos. O processo de pactuação revelou-se mais dinamizador no aspecto da visibilidade e credibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS, no desenvolvimento de práticas que fortalecem a municipalização do SUS e de processos de trabalho integrados entre os setores estratégicos, no entanto, ainda predominam características de pacto burocrático, por ser entendido como uma demanda do ministério da saúde aos estados e municípios, pontual, fragmentado e sem efetivo monitoramento por parte dos gestores das três instâncias do SUS. O estudo revelou a subutilização do pacto como instrumento para melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica com repercussão direta sobre a situação de saúde da população.

**Palavras-chave:** pacto da atenção básica; avaliação; implementação.

## **Abstract**

The Pact of Primary Care Indicators is a national instrument of negotiation among the three governmental spheres (federal, states and municipalities) of Unified Health System, SUS, used from 1999 to 2006. The objective of the study was to evaluate the process of agreement of indicators of primary health care launched by the States' Health Departments in 2006 and its relation with the institutional context, assessed by an evaluative survey, using as research strategy, the multiple case study in a qualitative approach. A logic model of intervention has been elaborated, explaining the elements related to the process of agreement, as far as inputs, activities, products and expected medium and long term results, and a grid of evaluation containing an array of indicators and patterns of rating. The components of the indicators agreement were defined as: articulation/mobilization, information supply, approval, monitoring and assessment, and the strategy's dimensions that make up the institutional context of the States' Health Departments that are political, technical, and organizational skills. Three States in different regions of the country were evaluated: Amapá, Rio de Janeiro and Maranhão. The results show different degrees of implementation of the primary care pact's components on all three cases studied. The component articulation and mobilization was classified as fully implemented for the northeast case (Maranhão), partially implemented in the north case (Amapá) and southeast case (Rio de Janeiro). Information supply has been classified as not implemented in all three cases. The component approval in the northeast case has been classified as fully implemented, the southeast case as partially implemented, and the north as not implemented. The component monitoring and assessment was deemed not implemented on all three cases. The process of agreement turned out to be more dynamic as far as visibility and credibility to the instances of deliberation and agreement of SUS, developing practices that strengthen the decentralization of SUS and integrated work processes within the strategic sectors. However, features of bureaucratic pact still predominate for being interpreted as a limited, fragmented demand from the Ministry of Health to the states and municipalities and without an effective monitoring on the part of the managers of the three administrative bodies of SUS. The study showed the sub utilization of the pact as instrument of improving the primary care, with direct repercussion on the population's health situation.

**Key words:** pact of primary care; evaluation; implementation.

## Sumário

<b>Lista de quadros e figuras .....</b>	<b>9</b>
<b>Lista de abreviaturas e siglas .....</b>	<b>10</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>11</b>
<b>Pacto de Indicadores da Atenção Básica.....</b>	<b>11</b>
<b>Processo de pactuação de indicadores.....</b>	<b>15</b>
<b>Pergunta avaliativa .....</b>	<b>20</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>20</b>
<b>Material e métodos.....</b>	<b>21</b>
<b>Caracterização do tipo de estudo.....</b>	<b>21</b>
<b>Seleção dos casos .....</b>	<b>22</b>
<b>Usuários potenciais da avaliação .....</b>	<b>24</b>
<b>Modelo lógico .....</b>	<b>26</b>
<b>Matriz de análise e julgamento .....</b>	<b>28</b>
<b>Coleta de dados .....</b>	<b>35</b>
<b>Análise dos dados .....</b>	<b>36</b>
<b>Considerações éticas .....</b>	<b>37</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>38</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>78</b>
<b>Considerações finais e lições aprendidas.....</b>	<b>84</b>
<b>Referências.....</b>	<b>88</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>93</b>
<b>Anexo .....</b>	<b>113</b>



## **Lista de quadros**

Quadro 1 - Relação de indicadores principais e complementares do pacto da atenção básica de 2006.....	13
Quadro 2 - Características do processo de pactuação no Brasil.....	17
Quadro 3 - Usuários interessados na avaliação do pacto .....	25
Quadro 4 - Matriz de avaliação do processo de pactuação de indicadores da atenção básica: Componente Articulação/Mobilização.....	31
Quadro 5 - Matriz de avaliação do processo de pactuação de indicadores da atenção básica: Componente Produção da Informação.....	32
Quadro 6 - Matriz de avaliação do processo de pactuação de indicadores da atenção básica: Componente Homologação.....	33
Quadro 7 - Matriz de avaliação do processo de pactuação de indicadores da atenção básica: Componente Monitoramento & Avaliação.....	34
Quadro 8 - Cargos ocupados em 2006 pelos entrevistados.....	35
Quadro 9 – Formação profissional, cargos ocupados pelos entrevistados em 2006 e trajetória profissional.....	39
Quadro 10 - Matriz de avaliação: Componente articulação/mobilização no processo de pactuação dos indicadores da atenção básica.....	41
Quadro 11 - Matriz de avaliação: Componente produção da informação no processo de pactuação dos indicadores da atenção básica.....	55
Quadro 12 - Matriz de avaliação: Componente homologação no processo de pactuação dos indicadores da atenção básica.....	63
Quadro 13 - Matriz de avaliação: Componente monitoramento e avaliação no processo de pactuação dos indicadores da atenção básica.....	72
Quadro 14 - Quadro síntese dos resultados da avaliação dos componentes do Pacto de Indicadores da Atenção Básica .....	78
Quadro 15 - Indicadores do pacto da atenção básica utilizados na seleção dos casos e resultados alcançados no período de 2003 a 2005.....	112

## **Lista de figuras**

Figura 1 - Definição do pacto dos indicadores da atenção básica.....	14
Figura 2 - Características de um pacto burocrático .....	18
Figura 3 - Características de um pacto dinamizador .....	19
Figura 4 - Modelo Lógico do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.....	27

## **Lista de abreviaturas e siglas**

AP - Amapá

CAA - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

CEP/ENSP - Comitê de Ética em Pesquisa/Escola Nacional de Saúde Pública

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

DAPE - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DOU - Diário Oficial da União

MA - Maranhão

M&A - Monitoramento e avaliação

MS - Ministério da Saúde

NOB/SUS - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISMCA - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

PAP - Programação de Ações Prioritárias

PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PSF - Programa Saúde da Família

Proesf - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

Sispacto - aplicativo eletrônico de pactuação via *internet*

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

RJ - Rio de Janeiro

SES - Secretaria(s) Estadual(is) de Saúde

SIS - Sistemas de Informações em Saúde

SMS - Secretaria(s) Municipal(is) de Saúde

SP - São Paulo

SUS - Sistema Único de Saúde

## INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição brasileira de 1988 com a definição política de um Sistema Único de Saúde (SUS) propiciou durante a década de 90 a municipalização das ações de saúde, priorizando o nível local e atribuindo aos municípios brasileiros a responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde e execução das ações.

Instrumentos legais contribuíram para a operacionalização das diretrizes do SUS, como a Norma Operacional Básica - NOB-SUS 01/96, que definiu dois tipos de habilitação para os municípios: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal. Destaca-se ainda a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) que constituiu um fator importante para o fortalecimento da gestão municipal, possibilitando maior autonomia tendo em vista a transferência *per capita* de recursos financeiros do nível federal, de forma regular e automática (Sousa, 2000).

Foram também instituídos incentivos financeiros para que municípios adotassem programas e estratégias para a (re) organização da atenção básica dentre as quais se destacam os programas de agentes comunitários de saúde e estratégia saúde da família. No entanto, ainda não estavam claras as responsabilidades que deveriam ser assumidas pelos municípios na gestão da atenção básica. É nesse contexto no ano de 1998 que o Ministério da Saúde publica o Manual para Organização da Atenção Básica, importante instrumento de normalização e orientação aos municípios, no que se refere às ações no nível básico da atenção (Sousa, 2000).

O referido manual previa a incorporação de mecanismos que permitissem acompanhar as ações e atividades dos serviços de saúde bem como avaliar o impacto sobre as condições de saúde da população, uma atribuição que deveria ser assumida nas três instâncias de gestão do SUS, incluindo a esfera estadual. A atenção básica no Brasil conta com dois mecanismos operacionais para seu monitoramento e avaliação: o pacto de indicadores da atenção básica e o sistema de informação da atenção básica, ambos com abrangência nacional (Brasil, 1999; OPAS, 2006).

### **Pacto de Indicadores da Atenção Básica**

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica foi criado através das Portarias GM/MS nº 3.925 de 1998 e nº 476 de 1999, que instituiu o manual de organização da atenção básica e regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica no país, respectivamente (Brasil, 2003).

Inicialmente, esse pacto foi concebido como um conjunto de indicadores, de base epidemiológica, com o objetivo de acompanhar o desempenho dos municípios e estados e avaliar a situação de saúde da população, a ser acordado pelos entes federados habilitados pela NOB-SUS/96. Mais tarde firmou-se como instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços referentes ao nível básico de atenção com a possibilidade de servir de subsídio para a construção do processo de qualificação da gestão municipal incluindo indicadores operacionais além dos epidemiológicos (Brasil, 1999; Brasil, 2001).

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 (Brasil, 2002).

Tais indicadores foram classificados em principais e complementares, conforme apresentado no quadro 1. Principais eram aqueles considerados de pactuação obrigatória por representarem um elenco mínimo de prioridades que deviam ser garantidas e alcançadas pelos municípios, independente da condição de gestão. Complementares eram os de pactuação opcional, não menos relevantes do que os principais, no entanto assim classificados para atender a especificidades loco regionais e induzir monitoramento dos mesmos. Gestores estaduais e municipais podiam ainda incluir outros indicadores operacionais e de importância epidemiológica dentro das diversas áreas de acordo com sua realidade classificando-os como opcionais (Brasil, 2006a).

O pacto de indicadores da atenção básica pode ser considerado como um acordo de metas entre os níveis municipal, estadual e federal, com a intenção de melhorar a qualidade da atenção básica prestada. Expressou ainda o entendimento de que os mecanismos de monitoramento e avaliação da atenção à saúde devem ser incorporados e assumidos como responsabilidade das três instâncias de gestão do SUS. O pacto contribuiu para a democratização de informações úteis ao planejamento das ações de saúde e ao controle social do SUS. Seus indicadores foram considerados importantes marcadores do desempenho da atenção básica (Branco, 2004; Bahia, 2006; Ceará, 2005).

No ano de 2006, o pacto foi regulamentado pela portaria nº 493, de 10 de março de 2006, que aprovou a relação de indicadores da atenção básica daquele ano além de instruções para uso da ferramenta informatizada para efetivar a pactuação.

Quadro 1. Relação de indicadores principais e complementares do Pacto da Atenção Básica de 2006

<p><b>Principais</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade</li><li>2- Coeficiente de mortalidade infantil</li><li>3- Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer</li><li>4- Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas</li><li>5- Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade</li><li>6- Taxa de internações por doença diarréica aguda em menores de 5 anos de idade</li><li>7- Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal</li><li>8- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados</li><li>9- Razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária</li><li>10- Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral</li><li>11- Taxa de internações por insuficiência Cardíaca Congestiva</li><li>12- Proporção de internações por complicações do diabético mellitus</li><li>13- Proporção de abandono de tratamento da tuberculose</li><li>14- Coeficiente de prevalência de hanseníase</li><li>15- Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase</li><li>16- Cobertura de primeira consulta odontológica programática</li><li>17- Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada</li><li>18- Proporção da população coberta pelo programa saúde da família</li><li>19- Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas</li></ol> <p><b>Complementares</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Número absoluto de óbitos neonatais tardios</li><li>2- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia</li><li>3- Razão de mortalidade materna</li><li>4- Proporção de partos cesáreos</li><li>5- Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal</li><li>6- Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados</li><li>7- Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados</li><li>8- Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva</li><li>9- Média de procedimentos odontológicos básicos individuais</li><li>10- Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais</li><li>11- Média mensal de visitas domiciliares por família</li></ol>
--

Fonte: Brasil, 2006a.

O Pacto da Atenção Básica faz parte de iniciativas processuais de grande envergadura e que têm se constituído num esforço coletivo de incorporação da avaliação à prática da gestão e de articulação com processos de programação. A função primordial do pacto foi de estabelecer de forma coerente e articulada uma nova maneira de conduzir a gestão da atenção básica no âmbito do SUS tendo em vista sua potencialidade de mobilização e integração entre as três esferas de governo (Felisberto, 2004; Medina, 2000).

Dantas de Sá (2004) defende que, na área de planejamento em saúde, os pactos têm papel importante quando bem utilizados, com elevado potencial indutor de negociação entre partes, aumentando a capacidade de gestão dos envolvidos.

Como nem tudo são flores, ao analisar indicadores sociais no processo orçamentário do setor público municipal, autores destacam que instrumentos de gestão, a exemplo do pacto da atenção básica, têm sido adotados como favoráveis ao

planejamento e controle das ações de saúde do município. No entanto, alertam sobre fatores que dificultam tal incorporação como a falta de capacidade técnica, a desmotivação dos profissionais, a presença de cultura burocrática e a ausência de experiência com novos instrumentos. Ressaltam ainda que sua adequada utilização como instrumento de gestão só poderá ser efetivada caso não seja reduzido a mero rito administrativo para o cumprimento de normas legais e faça parte sim da própria cultura gestora municipal (Varela, 2005; Branco, 2004).

Informes da Atenção Básica de nº 1, 9, 14 e 19, produzidos pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde do Brasil, abordaram a temática do Pacto da Atenção Básica. O número 1 trouxe uma definição interessante desse instrumento e com a adaptação feita pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Maranhão como se pode observar na figura 1. Nessa figura, fica explícita a relação que deve ser estabelecida entre as três instâncias de gestão do SUS - municipal, estadual e federal – na implementação do pacto no que se refere à organização da atenção básica no país, com ênfase na co-responsabilização e articulação (Brasil, 2000; Brasil, 2001a; Brasil, 2001b; Brasil, 2003; Maranhão, 2006).

**Figura 1. Definição do pacto dos indicadores da atenção básica.**



Fonte: Maranhão, 2006.

## **Processo de pactuação dos indicadores**

No período 1999-2006 o MS definia anualmente, de forma tripartite, os indicadores que iriam compor o pacto da atenção básica e os publicava por meio de portaria, estabelecendo fluxos, prazos e orientações acerca do processo de pactuação a ser desencadeados no âmbito dos estados e municípios. Também publicava notas técnicas contendo conceitos, métodos de cálculo, usos, limitações e fontes de informação para cada indicador. A portaria do pacto de 2006 definiu o mês de julho para finalização do processo de pactuação em âmbito nacional (Brasil, 2006a).

Como descrevia a portaria, o Pacto da Atenção Básica devia ser realizado primeiramente pelos municípios, em seguida pelo estado, com prazos distintos para essas duas instâncias. Este prazo em 2006 foi de dois meses para a gestão municipal e um mês para a gestão estadual (Brasil, 2006a).

Uma das orientações da portaria ministerial para efetuar a pactuação era a de que estados e municípios deveriam acessar o aplicativo eletrônico Sispecto disponível na *internet*. Esse aplicativo - criado em 2002 - agilizou e facilitou o monitoramento do processo de pactuação pelas instâncias regionais e centrais dos estados e pelo Ministério da Saúde. À medida que os municípios editavam e validavam suas planilhas de avaliação de resultados e pactuação de metas, os estados monitoravam e analisavam as mesmas podendo homologar ou não, caso houvesse concordância ou discordância respectivamente. O mesmo acontecia para as avaliações e pactuações realizadas pelos estados, sendo o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, responsável por monitorar e homologar os pactos estaduais. Após a homologação, consideravam-se firmados os pactos da atenção básica por municípios e estados (Brasil, 2006a).

Até 2003, o Departamento de Atenção Básica (DAB) promoveu oficinas nacionais para discutir o pacto com técnicos das secretarias estaduais de saúde, do próprio Ministério e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Municipais de Saúde. De 2004 a 2006, ao invés de oficinas, foram instituídos anualmente grupos de trabalho compostos por diferentes áreas técnicas que apresentavam interface com os indicadores do pacto da atenção básica como uma das estratégias de qualificação do processo de pactuação (Brasil, 2004; Brasil, 2005; Brasil, 2006).

A partir de 2007, com a unificação dos processos de pactuação, os indicadores da atenção básica foram incorporados ao Pacto pela Saúde no componente Pacto pela Vida.

Sabe-se que a diversidade de contextos estruturais, organizacionais e políticos dos municípios e estados brasileiros delinea formatos distintos de organização do sistema de saúde que influenciam sobremaneira a operacionalização das políticas no setor. Em se tratando do pacto da atenção básica, cabia às SES a responsabilidade de conduzir e coordenar esse processo no seu âmbito de atuação, articular e mobilizar os respectivos municípios. No entanto, foram identificados problemas de ordem política, de gestão, técnica, organizacional além daqueles relacionados aos sistemas de informações que deveriam ser enfrentados pelas três esferas de governo (Brasil, 2003).

Dentre os problemas podem ser destacados: insuficiente envolvimento dos gestores, não utilização do pacto como instrumento de gestão, ausência ou insuficiência de controle social, falta de consenso sobre concepção e serviços de atenção básica, fragmentação do processo, falta de capacitação de gestores, profissionais e conselheiros para elaboração e acompanhamento do pacto, insuficiente articulação das áreas técnicas, falta de processo sistemático para monitoramento dos pactos nas três instâncias de governo, insuficiente assessoria do MS aos estados e desses aos municípios, deficiência estrutural de equipamentos de informática e de acesso a internet, terceirização dos Sistemas de Informações em Saúde, indisponibilidade e atraso na disponibilização de bancos de dados nacionais, baixa confiabilidade ou validade dos bancos de dados e dificuldades na alimentação desses bancos (Brasil, 2003).

De um modo geral, na revisão de literatura identificou-se a carência de textos que destaquem o processo de pactuação em si. Tal fato remete, portanto à idéia de que o que se faz nessa área não tem se traduzido em diálogo com a comunidade científica.

O espectro de formas de conduzir o pacto nos estados e municípios tem sido descrito considerando dois pólos denominados de burocrático e dinamizador (Quadro 2). Os autores destacam o desafio de fazer a transição do processo de um pólo para outro. Para tanto, sugerem atenção a aspectos relacionados à: qualificação dos profissionais no manejo e utilização dos indicadores no processo de avaliação; superação de dificuldades de natureza operacional no âmbito das secretarias de saúde e permanente envolvimento dos diversos atores sociais interessados e responsáveis pela condução dos processos políticos no campo da saúde (Medina, 2000).



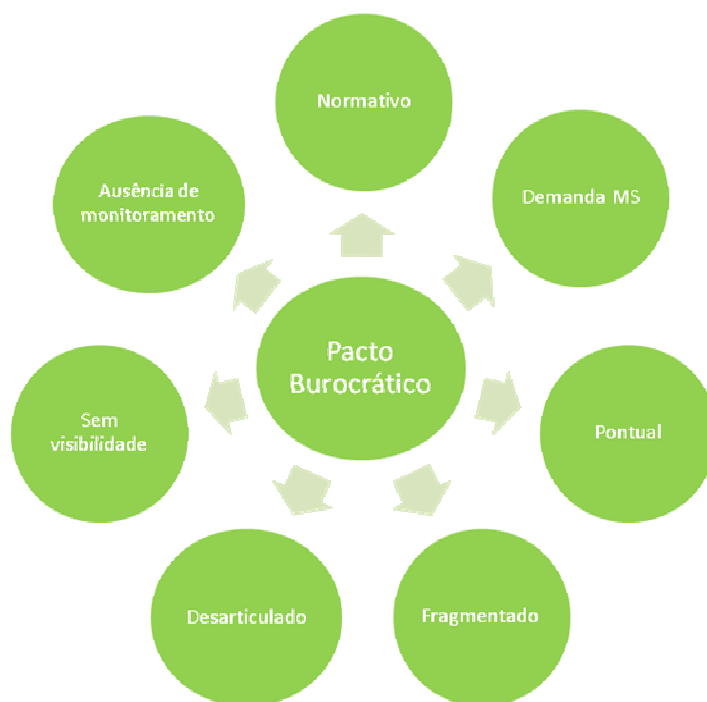
## Quadro 2 – Características do processo de pactuação no Brasil

<b>Pacto burocrático</b>	<b>Pacto Dinamizador</b>
Normativo	Processo aglutinador de experiências e práticas que fortalecem a implementação do processo de municipalização do SUS
Entendido como uma demanda do Ministério da Saúde aos Estados e Municípios	Entendido como instrumento qualificador do processo de gestão do SUS
Pontual	Utilizado cotidianamente para monitorar e avaliar ações e serviços de saúde
Fragmentado	Construído de forma articulada pelas três instâncias de gestão do SUS
Sem uma efetiva articulação entre setores estratégicos das Secretarias	Integrado ao processo de trabalho dos setores estratégicos das instâncias de gestão do SUS
Sem efetivo monitoramento pelos gestores	Instrumento de monitoramento utilizado pelos gestores
Sem visibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS	Com visibilidade e credibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS

Fonte: Medina et al, 2000.

Por ser um instrumento formal de negociação de metas, provavelmente as características do pacto da atenção básica firmado na maior parte das secretarias de saúde se assemelhavam com aquelas de um pólo burocrático não tendo sido incorporado como um instrumento de gestão na rotina das instâncias condutoras do SUS. Isso significa dizer que era entendido como mais uma demanda do Ministério da Saúde aos Estados e Municípios; com predomínio de um espírito normativo do cumprimento de uma ação anual; pontual e fragmentado; sem uma efetiva articulação entre setores estratégicos das secretarias de saúde; sem monitoramento efetivo por gestores e profissionais da saúde; sem visibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS. Ou seja, um instrumento burocrático de prestação de contas de estados e municípios, sem envolvimento dos gestores, com pouco retorno das informações para os profissionais locais, realizado uma vez por ano, sem continuidade, desarticulado com outras ferramentas de programação e pactuação existentes, com ausência de controle social, falta de capacitação dos atores envolvidos para acompanhar os processos de definição de metas, programação das ações e avaliações (Medina et al, 2000).

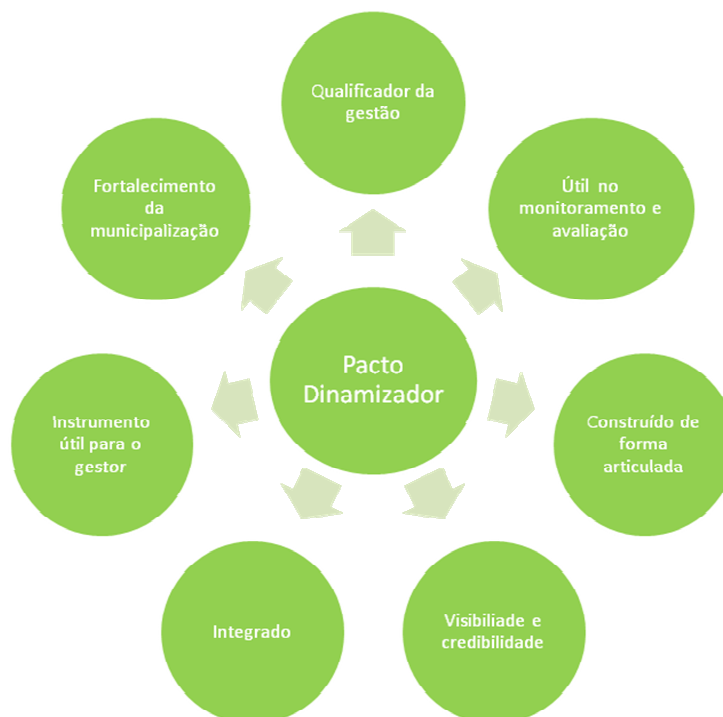
**Figura 2. Características de um pacto burocrático.**



Fonte: Medina, et al, 2000.

No entanto, para cumprir o papel de instrumento de qualificação da gestão do SUS com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde da população o padrão esperado diz respeito a um pacto dinamizador cujas características se pautem em experiências e práticas que fortaleçam a implementação do processo de municipalização do SUS, na sua utilização cotidiana para monitorar e avaliar ações e serviços de saúde pelos gestores e profissionais, em uma construção articulada pelas três instâncias de gestão do SUS, em processos de trabalho integrados dos setores estratégicos das instâncias de gestão do SUS e com visibilidade e credibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS. Ou seja, um instrumento útil na construção da reorganização da atenção básica, na descentralização dos Sistemas de Informações em Saúde e na mudança de cultura avaliativa no âmbito do SUS (Medina, et al, 2000).

**Figura 3. Características de um pacto dinamizador**



Fonte: Medina, et al, 2000.

Alguns documentos elaborados pela esfera federal apostam na relação direta entre a utilização do pacto da atenção básica e a qualificação da gestão do SUS quando associado a um processo dinâmico de pactuação. Apontam ainda outras características dessa dinamização como a articulação do pacto da atenção básica com outros instrumentos de programação e pactuação existentes, a exemplo da programação pactuada e integrada da vigilância em saúde e da assistência; o desenvolvimento de ferramentas ou metodologias de análise dos indicadores; a adoção de estratégias para melhoria da qualidade dos registros nos Sistemas de Informação em Saúde e para a obtenção de melhores resultados nos indicadores de saúde (Brasil, 2003a; Brasil, 2003b; Brasil, 2003c).

Este estudo teve o propósito de avaliar processos de pactuação dos indicadores da atenção básica desencadeados no âmbito de secretarias estaduais de saúde no Brasil e se justifica pela necessidade de sistematizar e aprofundar questões acerca do processo de pactuação de indicadores da atenção básica relacionadas ao contexto institucional das referidas secretarias. Torna-se também relevante pela insuficiência de produção científica relativa ao tema de modo a preencher uma lacuna do conhecimento, contribuindo para o fortalecimento de processos de pactuação e a inserção da cultura avaliativa no âmbito do SUS. Teve sua origem nos problemas identificados para

implementação do pacto da atenção básica e no pouco conhecimento existente no âmbito federal sobre os processos desencadeados nos estados.

## **PERGUNTA AVALIATIVA**

Considerando que o pacto da atenção básica foi implantado em 1999 e que a experiência completou oito (8) anos em 2006, buscou-se responder a seguinte pergunta avaliativa: **qual o grau de implementação do pacto dos indicadores da atenção básica no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde?**

## **OBJETIVO GERAL**

Avaliar o processo de pactuação de indicadores da atenção básica desencadeado pelas secretarias estaduais de saúde, no ano de 2006, e sua relação com contexto institucional.

Considerando esse objetivo geral, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Descrever o modelo lógico do pacto de indicadores da atenção básica.
2. Elaborar matriz de avaliação e definir parâmetros de julgamento do processo de pactuação.
3. Descrever como foram desenvolvidas as atividades inerentes ao processo de pactuação dos indicadores da atenção básica, segundo quatro componentes: articulação/mobilização; produção da informação; homologação e monitoramento e avaliação no âmbito das secretarias estaduais de saúde dos casos selecionados no ano de 2006.
4. Analisar o processo de pactuação dos indicadores da atenção básica, dos casos selecionados, considerando as dimensões do contexto institucional.
5. Correlacionar o contexto institucional, conformado pelas dimensões política, técnica e organizacional, no âmbito das secretarias estaduais de saúde, ao grau de implementação do pacto de indicadores da atenção básica nos casos avaliados.

## MATERIAL E MÉTODOS

### Caracterização do tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com base em material e métodos qualitativos. Utilizou-se como estratégia de pesquisa a análise do processo de implantação em três estados, de três diferentes regiões do Brasil. o estudo de casos múltiplos.

A análise de casos tem lugar de destaque na pesquisa avaliativa mais especificamente para análise de implementação. Uma das aplicações dessa estratégia é descrever uma intervenção e o contexto na vida real em que ela ocorre. O poder diferenciador desse tipo de análise consiste na sua capacidade de lidar com ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas, observações e estudo histórico (Yin, 2005).

A avaliação pode estar relacionada ao processo de determinação do esforço, mérito ou valor de algo ou produto desse processo, com propósito de fazer julgamentos sobre um programa, facilitar o seu desenvolvimento e para contribuir com o conhecimento. Esse julgamento pode variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo até uma análise que envolva o significado do fenômeno (Vieira-da-Silva, 2005).

Foi utilizada abordagem qualitativa, uma vez que métodos qualitativos são úteis para quem busca entender o contexto onde o fenômeno ocorre, sendo capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de determinado evento (Victora, 2000) a fim de permitir melhor compreensão dos processos de pactuação desencadeados no âmbito das SES selecionadas.

Ao adotar como foco desse trabalho a condução do pacto de indicadores da atenção básica, privilegia-se um dos elementos de uma intervenção, qual seja o processo. Percebe-se que avaliações de processo de programas sociais são de grande relevância para o campo da saúde na medida em que permitem ao investigador analisar processos relacionados à operacionalização de intervenções nesse campo. Geralmente esse tipo de avaliação serve para responder questões acerca do grau de implementação de um programa, das barreiras que ameaçam seu sucesso, fornecendo subsídios para as revisões necessárias e contribuindo para tomada de decisões (Vieira da Silva, 2005; Worthen, 2004).

A análise de implantação de programas, também conhecida como avaliação de processo, consiste em um dos tipos de pesquisa avaliativa e permite ao investigador

estudar os processos relacionados à operacionalização dos mesmos. Os processos podem ser compreendidos como a maneira pela qual as intervenções são implementadas podendo ser tão importantes quanto os resultados. O primeiro tipo de análise da implantação consiste em medir a influência da variação no grau de implantação da intervenção em diferentes contextos (Vieira-da-Silva, 2005; Contandriopoulos, 1999).

### **Seleção dos casos**

Para a seleção dos estados a serem estudados, partiu-se do princípio que o pacto de indicadores da atenção básica era instrumento para contribuir com a melhoria dos indicadores de saúde por meio de acordos políticos e técnicos firmados entre gestores do SUS. Decidiu-se então avaliar a sua implementação em estados que apresentaram os piores resultados para indicadores principais do pacto no período de 2003 a 2005, que estavam localizados em diferentes regiões do país e que o departamento de atenção básica do Ministério da Saúde considerava emblemático em relação à situação crítica na região. Ao selecionar os estados com os piores resultados nos indicadores tinha-se como pressuposto que o contexto institucional teria interferido negativamente no processo de implementação do pacto e que esse teria sido implantado de forma incipiente ou precária nesses estados, comprometendo dessa maneira o alcance de bons resultados.

Do total de 30 indicadores do pacto 2006, dezenove eram principais, de pactuação obrigatória, para municípios com menos de 80.000 habitantes e dezoito (excluído o número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade) para os estados, distrito federal e municípios com mais de 80.000 habitantes.

Os indicadores para a definição dos casos a serem avaliados foram escolhidos de forma intencional tinham que integrar o pacto da atenção básica no período 2003 a 2005 e estar incluído na relação dos indicadores principais. Procurou-se contemplar a reorganização da atenção básica em diferentes áreas programáticas e um conjunto de indicadores onde se entende existir uma maior governabilidade dos gestores e gerentes do setor saúde em promover ações que produzam efeitos que se refletirão nos resultados dos indicadores. Portanto dos dezenove indicadores principais foram escolhidos seis contemplando as áreas da saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal, diabetes e tuberculose e um indicador geral, a saber: proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer; proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal; cobertura de primeira consulta odontológica programática; proporção de internações por complicações da diabetes mellitus; proporção de abandono de tratamento da tuberculose e população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF).

Apesar de ter sido inicialmente pensado, o indicador de mortalidade infantil não foi incluído porque estudo recente com análise de dados retrospectivos evidenciou a queda da fecundidade como o fator que mais contribuiu para a redução do coeficiente, estando, portanto esse indicador, distante do alcance de bons resultados a partir de mudanças sob a governabilidade direta dos gestores de saúde (Costa, 2003).

Conforme pode se observar detalhadamente no quadro do apêndice 9, os critérios que direcionaram a seleção dos estados casos a partir dos indicadores foram: na região norte dois estados apresentaram o maior número de indicadores com os piores resultados no período 2003-2005, Rondônia (cobertura de primeira consulta odontológica programática, população coberta pelo PSF, proporção de internações por complicações de diabetes mellitus e proporção de abandono de tratamento da tuberculose) e Amapá (proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas pré natal, cobertura de primeira consulta odontológica programática e proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer), apresentaram os piores resultados nos indicadores selecionados. A direção do departamento de atenção básica do MS considerou o Amapá como o estado emblemático tendo sido esse o estado selecionado. Na região Nordeste, os estados da Bahia e de Pernambuco tinham os piores resultados em quatro indicadores, Sergipe em três e Maranhão em dois, no entanto, a direção do DAB/MS considerou o Maranhão como o estado emblemático na região sendo esse o estado escolhido. Na região Sudeste, o estado escolhido foi o Rio de Janeiro por ter apresentado piores resultados em três indicadores (população coberta pelo PSF, cobertura primeira consulta odontológica programática e proporção de internações por complicações de diabetes mellitus) e não houve controvérsias quanto à escolha.

Além desses estados, o Rio Grande do Sul na Região Sul e o Distrito Federal na Região Centro-Oeste, apresentaram piores resultados em seis e cinco indicadores, respectivamente e demonstraram interesse em participar do estudo. Todavia, não foram incluídos na avaliação.

O Distrito Federal apresenta uma forma de organização muito peculiar quando comparada a outras unidades federadas no qual o nível central da secretaria de saúde trabalha com regiões de saúde, similar a distritos sanitários, não estabelecendo relações com nenhum município.

No caso do Rio Grande do Sul, a não inclusão foi devido à demora na assinatura do Termo de Autorização Institucional (apêndice 1) para realização da pesquisa possivelmente decorrente da mudança de chefia da atenção básica na SES.

Em resumo, os estados casos incluídos na avaliação foram Amapá, Maranhão e Rio de Janeiro que passaram a ser denominados nesse estudo de caso do norte, caso do nordeste e caso do sudeste respectivamente, sem a pretensão de que esses casos representassem a situação ocorrida nessas três regiões.

### **Usuários potenciais da avaliação**

Para que os resultados de uma avaliação possam subsidiar as decisões é importante que haja a participação de diferentes atores sociais, seja de maneira parcial ou total, principalmente quando se trata de avaliação interna cujo propósito consiste em criar uma cultura de aprendizado permanente e de desenvolvimento institucional (Santos, 2005).

A abordagem de estudos avaliativos deve ter caráter formativo e para ganhar mais legitimidade deve considerar a participação de atores interessados em várias etapas do seu desenvolvimento. Com base nessa premissa foram identificados usuários potenciais da avaliação do pacto de indicadores da atenção básica, apresentados no quadro 3, e os diversos interesses desses atores na avaliação, respectivos papéis e estratégias para envolvimento.



**Quadro 3 – Usuários interessados na avaliação do pacto de indicadores da atenção básica**

Usuário	Interesse na avaliação (uso)	Papel na avaliação	Estratégia de envolvimento
Diretor(a) do Departamento de Atenção Básica	Conhecer as diversas formas de conduzir a pactuação dos indicadores da atenção básica	Garantir apoio institucional e financeiro para realização da pesquisa	Apresentar os resultados da pesquisa Enviar sumário executivo
Coordenador(a) de acompanhamento e avaliação da atenção básica do Ministério da Saúde	Conhecer diferentes formas de pactuação dos indicadores da atenção básica desencadeadas no âmbito estadual	Garantir apoio institucional para realização da pesquisa	Apresentar as etapas de desenvolvimento da pesquisa - Envio de cópia impressa do sumário executivo do estudo
Técnicos das áreas estratégicas do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde	Conhecer diferentes processos de pactuação dos indicadores da atenção básica desencadeadas no âmbito estadual	Contribuir na elaboração do modelo lógico do pacto de indicadores da atenção básica e das matrizes de indicadores e de relevância	- Submeter as versões preliminares do modelo lógico do pacto e as matrizes de julgamento e de indicadores por meio eletrônico e agendando encontros presenciais para obter as contribuições com cada técnico envolvido - Apresentar e discutir os resultados da pesquisa
Secretário(a) Estadual de Saúde	-Conhecer, de maneira sistematizada, a forma de condução do pacto de indicadores da atenção básica e os fatores que o influenciaram; -Melhorar processos de pactuação de indicadores no âmbito estadual; -Articular internamente na SES e com gestores municipais -Definir estratégias para uso potencial de instrumentos de pactuação de indicadores; -Descobrir caminhos para potencializar o Pacto pela Saúde, na dimensão Pacto pela Vida.	Autorizar a realização da pesquisa  Garantir apoio institucional a realização da pesquisa  Participar da entrevista	-Contato com responsável pela coordenação da atenção básica para apresentar o projeto de dissertação de mestrado e informar a seleção do estado como estudo de caso -Envio prévio do Termo de Autorização Institucional da pesquisa por meio eletrônico - Entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente elaborado pela pesquisadora para obtenção de assinatura no momento da entrevista - Envio de cópia impressa do sumário executivo do estudo
Técnicos da Secretaria Estadual de Saúde, envolvidos ou responsáveis, pela coordenação do pacto de indicadores da atenção básica	- Conhecer, de maneira sistematizada, a forma de condução do pacto de indicadores da atenção básica e os fatores que o influenciaram; - Identificar estratégias de melhoria da pactuação de indicadores; - Utilizar os achados da pesquisa para qualificar processo de negociação de metas internamente à Secretaria Estadual de Saúde e com gestores municipais	- Agendar visita com a pesquisadora; - Participar da entrevista; -Disponibilizar documentos (relatórios de reuniões, folders, cronograma de reuniões internas e com os municípios, análise de indicadores etc) a respeito do pacto dos indicadores da atenção básica	- Contato telefônico pela pesquisadora para agendamento da visita à Secretaria Estadual de Saúde - Apresentação dos objetivos da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção de assinatura no momento da entrevista -Aplicação do(s) instrumento(s) de pesquisa - Envio de cópia impressa do sumário executivo do estudo
Membros da Comissão Intergestores Bipartite	- Garantir o compromisso político da negociação de metas entre gestores;	- Participar da entrevista - Fornecer documentos (atas de reunião) que tenham pautado o pacto de indicadores da atenção básica	- Apresentação dos objetivos da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção de assinatura - Envio de cópia impressa do sumário executivo do estudo
Membros do Conselho Estadual de Saúde	- Garantir o compromisso político da negociação de metas entre gestores;	- Participar da entrevista - Fornecer documentos (atas de reunião) que tenham pautado o pacto de indicadores da atenção básica	- Apresentação dos objetivos da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção de assinatura - Envio de cópia impressa do sumário executivo do estudo
Membros do Departamento de Apoio à Descentralização da gestão federal	- Utilizar os achados da pesquisa para qualificar processo de negociação de metas internamente ao Ministério da Saúde e com gestores estaduais; - Conhecer formas de condução do pacto de indicadores da atenção básica e os fatores que o influenciaram.	- Conhecer e discutir os resultados da avaliação com a pesquisadora	- Apresentação e discussão dos resultados pela pesquisadora - Envio de cópia impressa do sumário executivo do estudo

## **Modelo Lógico da Intervenção - Pacto de indicadores da atenção básica**

O desenho do modelo lógico de uma intervenção é uma das etapas necessárias no planejamento de uma avaliação. Ajuda o avaliador a melhor entender o objeto de estudo e escolher o foco da avaliação (Medina, 2005).

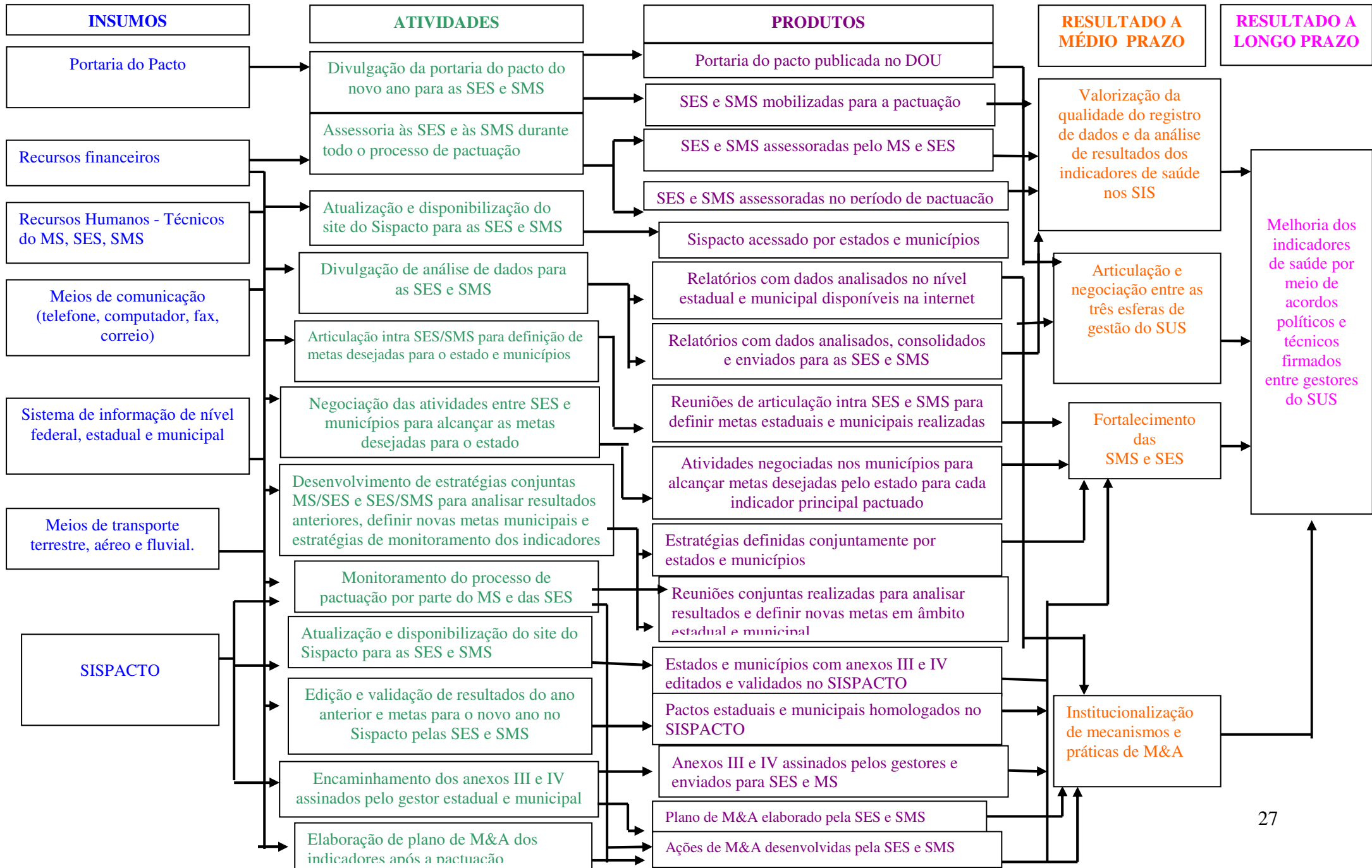
Para construir o modelo lógico do pacto da atenção básica foi feita análise de documentos tais como: relatórios de acompanhamento e avaliação do pacto, relatório da oficina nacional de avaliação da atenção básica e o processo de pactuação dos indicadores e a portaria do pacto do ano de 2006. Após elaborar uma primeira versão do modelo a mesma foi submetida a técnicos das coordenações de acompanhamento e avaliação, de gestão, de controle da hipertensão e diabetes e de saúde bucal do Departamento de Atenção Básica (DAB), e da coordenação da saúde da mulher do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, todos do Ministério da Saúde, que fizeram parte do GT do pacto em pelo menos um dos anos de 2004 a 2006, a fim de obter contribuições para um desenho mais realista do objeto modelo.

Nesse sentido, o modelo lógico do pacto da atenção básica passou por atualizações até chegar à versão apresentada nessa seção.

Na ocasião da coleta de dados, o modelo lógico do pacto foi apresentado de forma impressa e disponibilizada também por meio eletrônico aos atores entrevistados, com o intuito de obter novas sugestões e a validação. Quase dois meses após as entrevistas – o modelo foi mais uma vez remetido por meio eletrônico aos entrevistados tendo recebido contribuições de alguns deles.

O modelo lógico do pacto da atenção básica, representado na Figura 4, explicita os elementos relacionados ao processo de pactuação dos indicadores no que diz respeito a insumos, atividades, produtos e resultados a médio e longo prazo esperados.

**Figura 4 - MODELO LÓGICO DO PACTO DE INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA**



## **Matriz de Análise e Julgamento**

Para elaborar a matriz de análise e julgamento inicialmente foram definidos os componentes do processo de pactuação dos indicadores do pacto da atenção básica e estabelecidas as dimensões estratégicas que conformam o contexto institucional das SES. Todos esses elementos foram identificados após consulta a documentos do Ministério da Saúde e a partir da revisão da literatura sobre o tema. Em seguida, com base no desenho do modelo lógico do pacto, foram definidos indicadores e elaborada a matriz de avaliação. As dimensões estratégicas consideradas nessa avaliação foram: política, técnica e organizacional.

A dimensão política aborda as relações de poder que se estabelecem no curso do processo de negociação das metas e indicadores. Relaciona-se ao envolvimento e mobilização de atores interessados na pactuação dos indicadores, compromisso dos responsáveis pela condução dos processos políticos mediante metas definidas para os indicadores, articulação dos processos de programação e pactuação existentes, divulgação e discussão de resultados.

A dimensão técnica refere-se ao desempenho dos profissionais na discussão dos indicadores a serem pactuados com os atores interessados, assessoria a estados e municípios durante o processo de pactuação, produção de informações e divulgação, elaboração de documentos, validação de planilhas de pactuação, homologação e monitoramento dos processos.

A dimensão organizacional refere-se ao modo como a instituição se organiza para articular e divulgar o pacto, para adotar estratégias de envolvimento dos gestores municipais e estaduais, acompanhar a situação da pactuação dos municípios, para realizar monitoramento e avaliação.

Os componentes do processo de pactuação identificados foram: articulação e mobilização, produção da informação, homologação e monitoramento e avaliação.

O componente articulação e mobilização consistia na etapa inicial do processo de pactuação dos indicadores. Ao publicar as portarias do pacto, o ministério da saúde informava às secretarias estaduais de saúde o início da nova pactuação e estas por sua vez, se encarregavam de divulgar aos gestores municipais. Para este componente, foram construídos indicadores específicos considerando cada dimensão estratégica. Na dimensão política, foram: A SES realizou atividade para discutir indicadores do pacto da atenção básica com os municípios; A SES incluiu o tema pacto de indicadores da atenção básica para debate em reunião da CIB; A SES articulou com os municípios a definição das metas a serem pactuadas. Na dimensão técnica: A SES solicitou

informações por telefone/e-mail/fax ao MS e houve resposta; A SES prestou assessoria às SMS; A SES negociou com as gerências municipais estratégias/atividades chaves para alcançar as metas desejadas para o estado. Na dimensão organizacional: A SES recebeu do Ministério da Saúde a portaria do pacto em tempo hábil; A SES enviou a portaria, orientou a leitura ou comunicou para os municípios em tempo hábil; A coordenação estadual do pacto articulou internamente coordenações técnicas da SES para processo de definição de metas; A SES definiu formalmente uma coordenação para o pacto de indicadores da atenção básica.

O componente produção da informação permitia que estados e municípios tenham acesso aos dados e informações referentes aos indicadores pactuados de anos anteriores para proceder a análise dos resultados e subsidiar a definição de novas metas. Para este componente, foram construídos indicadores específicos para cada dimensão estratégica. Na dimensão política, foram: A SES utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para tomada de decisão em relação às metas a serem pactuadas. Na dimensão técnica: A SES teve acesso a documento técnico elaborado pelo MS com análise dos indicadores da atenção básica; A coordenação do pacto na SES elaborou documento técnico contendo análise dos indicadores e ou disponibilizou dados relativos a anos anteriores ao analisado para os municípios. Na dimensão organizacional: A coordenação do pacto na SES elaborou documento técnico contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica relativo a anos anteriores ao analisado para as áreas técnicas.

O componente homologação consistia na etapa final da pactuação pois é por meio dele que os gestores municipais e estaduais têm seus pactos efetivamente firmados. Homologar tem o sentido de concordar, ou seja, a instância hierarquicamente superior explicita sua concordância com os resultados informados e com as novas metas propostas para o conjunto de indicadores do pacto. Para isso, era necessária a utilização do Sispecto e a impressão dos anexos III e IV da pactuação que deveriam ser assinados e enviados pelos gestores municipais às Secretarias Estaduais de Saúde e pelos gestores estaduais ao Ministério da Saúde. Para este componente, foram construídos indicadores específicos para cada dimensão estratégica. Na dimensão política, foram: As SMS encaminharam para a SES os anexos III e IV da portaria do pacto assinados pelo gestor municipal; A SES encaminhou para o Ministério da Saúde, os anexos III e IV da portaria do pacto assinados pelo gestor estadual. Na dimensão técnica: A SES analisou os anexos antes da homologação e quando houve discordância solicitou revisão as SMS.

Na dimensão organizacional: A SES descentralizou o processo de pactuação e saúde para as instâncias regionais de saúde.

O componente monitoramento e avaliação envolvia dois momentos importantes: o primeiro compreende o acompanhamento do processo de pactuação dos indicadores a fim de garantir que, no final do prazo estabelecido em portaria, todos - municípios e estados - estejam com seus pactos firmados. No segundo momento, o foco é no desempenho de estados e municípios em relação às metas firmadas, possibilitando a tomada de decisão de forma ágil e oportuna em relação ao redirecionamento de atividades e ações para alcance das metas e melhoria dos resultados. Caberia à avaliação, com subsídios coletados por meio do monitoramento, e por meio de evidências emitir julgamento do valor e mérito da pactuação. Para este componente, foram construídos indicadores específicos para cada dimensão estratégica. Na dimensão política se a SES articulou com gestores municipais a importância do monitoramento e avaliação do pacto. Na dimensão técnica se a SES fez o monitoramento e avaliação do que foi pactuado em 2006 pelos municípios. Na dimensão organizacional se a SES elaborou plano de monitoramento e avaliação para os indicadores pactuados pelo estado.

Para cada indicador, foram definidos os padrões de julgamento que se distribuíram entre as categorias:

**Bom** - indicador contemplado integralmente

**Regular** – indicador contemplado parcialmente

**Insuficiente** – indicador contemplado de forma incipiente

**Crítico** – indicador não teve nenhum requisito contemplado

**Quadro 4**

**Matriz de avaliação do processo de pactuação de indicadores da atenção básica: COMPONENTE ARTICULAÇÃO/MOBILIZAÇÃO**

COMPONENTE	DIMENSÕES DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DA SES												
	POLÍTICA			TÉCNICA			ORGANIZACIONAL						
	INDICADOR	RESULTADO	PADRÃO DE JULGAMENTO	INDICADOR	RESULTADO	PADRÃO DE JULGAMENTO	INDICADOR	RESULTADO	PADRÃO DE JULGAMENTO				
ARTICULAÇÃO / MOBILIZAÇÃO	A SES realizou atividade para discutir indicadores do pacto da atenção básica com os municípios	Sim, para discutir resultados anteriores e ou definir novas metas	Bom -70% ou mais dos municípios	A SES solicitou informações por telefone/e-mail/fax ao Ministério da Saúde e houve resposta	Sim, sendo atendida nas solicitações	Bom	A SES recebeu do Ministério da Saúde a portaria do pacto em tempo hábil	Tempo >= 90 dias antes da data prevista para homologação	Bom				
			Regular, discutiu com >=50<70% dos municípios					Insuficiente, discutiu com menos de 50%	Sim, recebeu a portaria <90>=60 dias	Regular			
			Insuficiente, discutiu com menos de 50%					Insuficiente, discutiu com menos de 50%	Recebeu a portaria em menos de 60 dias	Insuficiente			
		Não realizou	Crítico		Não recebeu a portaria	Crítico							
	A SES incluiu o tema pacto de indicadores da atenção básica para debate em reunião da CIB	Sim, apresentou e discutiu resultados anteriores, novas metas e estratégias de melhoria para o ano analisado	Sim, apresentou apenas as novas metas propostas	Bom	A SES prestou assessoria às SMS	Sim, para todos os municípios que solicitaram a assessoria.	Bom	A SES enviou a portaria ou comunicou e orientou a leitura para os municípios em tempo hábil	>=60 até 90 dias antes da data prevista para homologação	Bom -70% ou mais dos municípios			
				Regular						Insuficiente	Regular >=50<70% dos municípios		
				Insuficiente						Crítico	Insuficiente <50% dos municípios		
				Crítico						Crítico	Crítico		
	A SES articulou com os municípios a definição das metas a serem pactuadas	Sim	Sim	Bom -70% ou mais dos municípios	A SES negociou com as gerências municipais estratégias/atividades chaves para alcançar as metas desejadas para o estado	Sim, para todas as metas a serem pactuadas.	Bom -70% ou mais dos municípios	A coordenação estadual do pacto articulou internamente coordenações técnicas da SES para processo de definição de metas	Sim, articulou todas as coordenações técnicas.	Bom			
				Regular, com >=50<70% dos municípios						Regular >=50% dos municípios	Regular		
				Insuficiente, com <50% dos municípios						Insuficiente Independente do número de municípios	Insuficiente		
				Crítico						Crítico	Crítico		
		Não articulou	Não articulou	Não articulou		Crítico	Não negociou		Crítico	A SES definiu formalmente uma coordenação para o pacto de indicadores da atenção básica	Sim para atuar continuamente	Bom	
						Crítico						Crítico	Regular
						Crítico						Crítico	Insuficiente
						Crítico						Crítico	Crítico

**Quadro 5**

**Matriz de avaliação do processo de pactuação de indicadores da atenção básica: COMPONENTE PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO**

COMPONENTE	DIMENSÕES DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DA SES									
	POLÍTICA			TÉCNICA			ORGANIZACIONAL			
	INDICADOR	RESULTADO	PADRÃO DE JULGAMENTO	INDICADOR	RESULTADO	PADRÃO DE JULGAMENTO	INDICADOR	RESULTADO	PADRÃO DE JULGAMENTO	
PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO	A SES utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para tomada de decisão em relação as metas a serem pactuadas	Sim, sendo o principal elemento para a tomada de decisão	Bom	A SES teve acesso a documento técnico elaborado pelo Ministério da Saúde com análise dos indicadores da atenção básica	Sim, teve acesso com facilidade	Bom	A coordenação do pacto na SES elaborou documento técnico contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica relativo a anos anteriores ao analisado para as áreas técnicas	Sim, elaborou e divulgou para as coordenações técnicas da SES	Bom	
		Sim, mas não foi o principal elemento para a tomada de decisão	Regular		Sim, teve acesso com dificuldade	Regular				
		Sim, tendo peso semelhante aos demais elementos utilizados na tomada de decisão	Insuficiente		Não teve acesso	Crítico				
		Não utilizou	Crítico	Crítico	A coordenação do pacto na SES elaborou documento técnico contendo análise dos indicadores e ou disponibilizou dados relativos a anos anteriores ao analisado para os municípios	Sim, para todos		Bom	Não elaborou	Crítico
						Sim, para todos que solicitaram		Regular		
						Sim apenas para parte daqueles que solicitaram		Insuficiente		
						Não		Crítico		



**Quadro 6**

**Matriz de avaliação do processo de pactuação de indicadores da atenção básica: COMPONENTE HOMOLOGAÇÃO**

COMPONENTE	DIMENSÕES DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DA SES											
	POLÍTICA			TÉCNICA			ORGANIZACIONAL					
	INDICADOR	RESULTADO	PADRÃO DE JULGAMENTO	INDICADOR	RESULTADO	PADRÃO DE JULGAMENTO	INDICADOR	RESULTADO	PADRÃO DE JULGAMENTO			
HOMOLOGAÇÃO	As SMS encaminharam para a SES os anexos III e IV da portaria do pacto assinados pelo gestor municipal	Sim, mais de 70% dos municípios encaminharam os dois anexos	Bom	A SES analisou os anexos antes da homologação e quando houve discordância solicitou revisão as SMS	Sim, de mais de 70% dos municípios	Bom	A SES descentralizou o processo de pactuação para as instâncias regionais de saúde	Sim, para 100% das existentes	Bom			
		Sim, entre 50 a 70% dos municípios encaminharam os dois anexos	Regular							Sim, de 50 a 70% dos municípios	Regular	
		Sim, menos de 50% dos municípios encaminharam os dois anexos	Insuficiente		Sim, de menos de 50% dos municípios	Insuficiente		Sim, para menos de 100% das existentes	Regular			
		Não encaminharam	Crítico							Não analisou nem homologou nenhuma planilha	Crítico	Não descentralizou
	A SES encaminhou para o Ministério da Saúde, os anexos III e IV da portaria do pacto assinados pelo gestor estadual	Sim, a SES encaminhou os dois anexos	Bom									
		Sim, a SES encaminhou apenas um anexo	Insuficiente									
		Não encaminhou nenhum anexo	Crítico									

**Quadro 7**

**Matriz de avaliação do processo de pactuação de indicadores da atenção básica: COMPONENTE MONITORAMENTO & AVALIAÇÃO**

COMPONENTE	DIMENSÕES DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DA SES								
	POLÍTICA			TÉCNICA			ORGANIZACIONAL		
	INDICADOR	RESULTADO	PADRÃO DE JULGAMENTO	INDICADOR	RESULTADO	PADRÃO DE JULGAMENTO	INDICADOR	RESULTADO	PADRÃO DE JULGAMENTO
MONITORAMENTO & AVALIAÇÃO	A SES articulou com gestores municipais a importância do monitoramento e avaliação do pacto	Sim, com mais de 70% dos gestores municipais	Bom	A SES fez o monitoramento e avaliação do que foi pactuado em 2006 pelos municípios	Sim, de mais de 70% dos municípios	Bom	A SES elaborou plano de monitoramento e avaliação para os indicadores pactuados pelo estado	Sim, elaborou e executou todo plano	Bom
		Sim, com 50 a 70% dos gestores municipais	Regular		Sim, de 50 a 70% dos municípios	Regular		Sim, elaborou mas executou parcialmente o plano	Regular
		Sim, com menos de 50% dos gestores municipais	Insuficiente		Sim, de menos de 50% dos municípios	Insuficiente		Sim, elaborou e não executou o plano	Insuficiente
		Não se articulou	Crítico		Não monitorou e não avaliou	Crítico		Não elaborou o plano	Crítico

## **Coleta de dados**

Os dados da pesquisa foram coletados no período de abril a maio de 2008. Para essa etapa, dois instrumentos foram elaborados e aplicados: roteiro de entrevista adaptado aos diversos atores (apêndice 3 a 7) contendo cerca de 35 perguntas e roteiro de análise de documentos (apêndice 8) com 12 itens.

As perguntas do roteiro de entrevista foram elaboradas com base na matriz de avaliação de forma a coletar dados que permitissem a construção dos indicadores propostos para avaliação do processo de pactuação. Essas perguntas contemplaram os quatro componentes desse processo: articulação/mobilização, produção da informação, homologação e monitoramento e avaliação, e as dimensões política, técnica e organizacional. O instrumento incluía ainda perguntas relacionadas ao perfil dos entrevistados e quando teve conhecimento da existência desse pacto na sua trajetória profissional. As entrevistas tiveram, em média, duração de 40 minutos e foram gravadas.

As entrevistas foram realizadas em diferentes locais com quatro atores de cada caso: o secretário estadual de saúde, o coordenador estadual da atenção básica, o coordenador estadual do pacto da atenção básica e um gestor municipal de saúde. Ao todo, foram 15 entrevistados dos quais 3 eram do âmbito municipal, 9 do âmbito estadual e 3 do âmbito federal, cujos cargos ocupados no ano de 2006 encontram-se descritos no quadro 8.

**Quadro 8 - Cargos ocupados em 2006 pelos entrevistados**

Estado do Norte (AP)	Estado do Nordeste (MA)	Estado do Sudeste (RJ)	Ministério da Saúde
Secretário Adjunto Estadual da Saúde	Secretário Adjunto de Assistência à Saúde	Secretário Estadual de Saúde	Coordenador de Acompanhamento e Avaliação da atenção básica
Coordenador estadual da atenção básica	Coordenador estadual da Saúde da Família	Coordenador estadual do PACS/PSF	Técnica da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da atenção básica
Coordenador estadual do pacto da atenção básica	Coordenador estadual do pacto da atenção básica	Técnica do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA)	Técnica da área da Saúde da Mulher
Secretário Adjunto Municipal de Saúde de Macapá. Houve também a participação de uma técnica do setor de planejamento	Secretário Municipal de Saúde de Bacabal	Secretário Municipal de Saúde de Itaboraí	_____

A escolha dos secretários municipais de saúde baseou-se na participação dos mesmos em reuniões da Comissão Intergestores Bipartite no ano de 2006, com indicação dos atores estaduais. Nesse caso, além dos atores das SES, foram incluídos na pesquisa os gestores da saúde dos seguintes municípios: Itaboraí (RJ), Macapá (AP) e Bacabal (MA).

Participaram das entrevistas, representando o âmbito federal, o coordenador de acompanhamento e avaliação da atenção básica em 2006 e duas técnicas do Ministério da Saúde que atuaram no processo de pactuação no referido ano. Devido à proximidade profissional com a pesquisadora e a permanência no MS, as duas técnicas foram entrevistadas pela auxiliar de orientação da pesquisa. Na ausência ou impossibilidade de entrevistar, a entrevista foi realizada com os substitutos legais. Cumpre lembrar que a coordenação do pacto em âmbito nacional estava vinculada à Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica.

O roteiro de análise de documentos (apêndice 8) foi aplicado apenas no âmbito estadual e federal. Abrangia anexos da pactuação, atas ou relatórios de reunião para discussão do pacto, boletins e ou folhetos informativos sobre os indicadores do pacto, cuja análise contribuiu também para a validação das entrevistas.

Também foram feitas anotações em “diário de campo”, que foram digitadas e utilizadas na etapa de análise para complementações. As anotações expressam aspectos relacionados à impressão da pesquisadora sobre a opinião pessoal dos entrevistados.

### **Análise dos dados**

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela própria pesquisadora. Após revisão das transcrições para cada caso estudado, as respostas de todos os atores para cada pergunta foram listadas em uma única matriz, para em seguida após impregnação com as respostas, categorizá-las e elaborar uma matriz geral de cada caso, que subsidiou o preenchimento da matriz de avaliação para cada componente e dimensão. A partir do preenchimento da matriz de avaliação foi emitido o julgamento de valor e mérito baseado em padrões previamente estabelecidos já apresentados no modelo teórico da avaliação (quadros nº 4 a 7).

O mesmo procedimento foi realizado para as respostas dos atores do Ministério da Saúde, para complementar as análises explicativas do julgamento do grau de implementação do pacto dos indicadores da atenção básica de cada estado.

Para o julgamento, levaram-se em consideração além das transcrições os registros do diário de campo e a análise documental confrontando-as com as respostas dos entrevistados.

Para cada indicador, o valor final, correspondente a um determinado julgamento de mérito, considerou o predomínio de respostas concordantes dos entrevistados.

Quando não foi possível o uso da análise documental ou diário de campo para o confronto, foram considerados como indefinidos os resultados dos indicadores para os

quais as concordâncias e as discordâncias se equiparavam, ou quando a falta de clareza da pergunta ou da resposta impediu que se decidisse pela predominância de concordância ou discordância.

Para cada matriz de julgamento foram feitas descrições com evidências identificadas nas entrevistas, diário de campo e análise documental que validaram o mérito alcançado.

Ao final, estabeleceu-se uma classificação do grau de implementação dos componentes do pacto de indicadores da atenção básica, a saber:

**Componente totalmente implementado** – Necessário **ter predominância** de indicador classificado como BOM **nas três dimensões** do contexto institucional da SES.

**Componente parcialmente implementado** – Necessário **ter pelo menos um indicador** classificado como BOM **para duas dimensões** do contexto institucional da SES.

**Componente não implementado** – **Não ter nenhum indicador** classificado com BOM **ou tê-lo apenas em uma das dimensões** do contexto institucional da SES.

### **Considerações éticas**

Este trabalho respeitou a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/96, preservando a identidade dos entrevistados, para os quais foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2) no momento da entrevista. No Termo foi esclarecida a possibilidade de identificação do entrevistado, dado o exercício de cargo público. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e aprovado por meio do Protocolo de Pesquisa CEP/ENSP Nº 132/07, CAAE: 0131.0.031.000-07, com data de apreciação de 3 de outubro de 2007 (Brasil, 1996).

## **RESULTADOS**

Os achados da avaliação em relação ao processo de pactuação dos indicadores da atenção básica, nos três casos estudados, serão apresentados a seguir, começando pelo perfil dos entrevistados, seguido da descrição geral das atividades de cada componente do pacto, matriz de resultados dos indicadores de cada componente com a classificação para cada dimensão, texto com análise explicativa, julgamento do grau de implementação e as considerações do âmbito federal.

### **Perfil dos entrevistados**

De um total de quinze atores entrevistados, nove eram do sexo feminino e seis do sexo masculino, com idade cronológica variando entre 36 a 56 anos e 46 a 64 anos, respectivamente. Seis entrevistados declararam ter tomado conhecimento do pacto dos indicadores da atenção básica no período de 1999 a 2005, oito não informaram o ano com exatidão e uma resposta ficou indefinida. Destaca-se que houve certa confusão entre os atores em relação ao pacto da atenção básica e pacto de gestão visto que esse último tem discussão e implantação a partir de 2007 e foi relatado com frequência pelos gestores estaduais, municipais ou representantes legais dos mesmos.

A seguir, estão descritos de forma sucinta a formação e trajetória profissional dos entrevistados dos casos estudados e do MS.

**Quadro 9 – Formação profissional, cargos ocupados pelos entrevistados em 2006 e trajetória profissional**

Local	Formação profissional	Cargos ocupados em 2006	Trajétoria profissional
<b>Caso do Norte (AP)</b>	Médico	Secretário Adjunto Estadual da Saúde	Especialização em Terapia Intensiva Experiência em clínica hospitalar; docência; como Secretário interino e adjunto de estado da saúde
	Profissional de marketing e comunicação	Coordenador estadual da Atenção Básica	Experiência em nível central de secretaria municipal e estadual de saúde
	Sociólogo	Coordenador estadual do pacto da atenção básica	Experiência na área de planejamento em secretaria estadual de saúde
	Economista	Secretário Adjunto Municipal de Saúde	Experiência como secretário estadual e municipal de saúde
<b>Caso do Nordeste (MA)</b>	Enfermeira	Secretário Adjunto de Assistência à Saúde	Experiência no nível central em SES como secretária adjunta de estado da saúde e superintendente da atenção básica
	Enfermeira	Coordenador estadual da Saúde da Família	Pós-graduação em saúde pública e gestão; Experiência em unidade de saúde, nível central de SES, secretária municipal de saúde, presidente do Cosems estadual, membro do Conasems e da câmara técnica da CIB; docência
	Assistente social	Coordenador estadual do pacto da atenção básica	Pós-graduação em saúde pública; Experiência em áreas diversas do nível central de secretaria estadual de saúde Coordenadora estadual do PACS, do PSF e do Proesf
	Odontólogo	Secretário Municipal de Saúde	Presidente do Cosems estadual
<b>Caso do Sudeste (RJ)</b>	Médico	Secretário Estadual de Saúde	Experiência como secretário municipal e estadual de saúde e na presidência do Cosems, Conass e Conasems
	Médica	Coordenador estadual do PACS/PSF	Pós-graduação em medicina de família e comunidade e em gestão de sistemas e serviços de saúde com ênfase em atenção básica
	Médica	Técnica do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente	Residência em medicina de família e comunidade Experiência na área da mulher, criança, adolescente e atenção básica em SES
	Médica	Secretário Municipal de Saúde	Experiência como gerente de unidade de saúde, médica de ponta, assessora em secretaria municipal de saúde
<b>Ministério da Saúde</b>	Médico	Coordenador de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica	Mestrado e doutorando em saúde pública; Experiência na qualidade de assessor e superintendente de instituto materno infantil e diretor de desenvolvimento social de SES
	Enfermeira	Técnica da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica	Especialização em obstetria Experiência no âmbito municipal e federal
	Médica	Técnica da área da Saúde da Mulher	Mestrado e doutorado em epidemiologia Experiência em centro de saúde e no nível central de secretaria estadual de saúde em áreas diversas Pesquisadora na área de saúde

Como se pode observar no quadro 9 houve predominância de médicos entre os entrevistados. Ressalta-se, a maioria deles, independente da categoria profissional, tinha experiência em gestão/gerência e em cargos executivos na área de saúde.

## **Componente 1: Articulação e mobilização no processo de pactuação dos indicadores da atenção básica**

Esse componente consiste em articular interna e externamente os atores e encontrar estratégias de envolver todos os interessados, ou seja, gestores, coordenadores, técnicos e até mesmo os profissionais que atuam no âmbito das unidades de saúde a fim de desencadear o processo da pactuação e discutir os indicadores do pacto da atenção básica. Prevê as seguintes atividades: divulgação da portaria do pacto do novo ano, assessoria às SES e SMS durante todo o processo de pactuação, articulação intra SES/SMS para definição de metas desejadas para estado e município, negociação das atividades entre SES e municípios para alcançar as metas desejadas para o estado, desenvolvimento de estratégias conjuntas MS/SES e SES/SMS para analisar resultados anteriores, definir novas metas municipais e estratégias de monitoramento dos indicadores.



**Quadro 10 - Matriz de avaliação: COMPONENTE ARTICULAÇÃO/MOBILIZAÇÃO**

COMPONENTE	DIMENSÕES ESTRATÉGICAS DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DAS SES											
	POLÍTICA			TÉCNICA				ORGANIZACIONAL				
	INDICADOR	JULGAMENTO			INDICADOR	JULGAMENTO			INDICADOR	JULGAMENTO		
		CASO DO NORTE (AP)	CASO DO NORDESTE (MA)	CASO DO SUDESTE (RJ)		CASO DO NORTE (AP)	CASO DO NORDESTE (MA)	CASO DO SUDESTE (RJ)		CASO DO NORTE (AP)	CASO DO NORDESTE (MA)	CASO DO SUDESTE (RJ)
ARTICULAÇÃO/MOBILIZAÇÃO	A SES realizou atividade para discutir indicadores do pacto da atenção básica com os municípios	<b>BOM</b> (Atividades realizadas com todos os municípios)	<b>BOM</b> (Atividades realizadas com todos os municípios)	<b>BOM</b> (Atividades realizadas com todos os municípios)	A SES solicitou informações por telefone/e-mail/fax ao MS e houve resposta	<b>BOM</b> (Sim)	<b>BOM</b> (Sim)	<b>BOM</b> (Sim)	A SES recebeu do Ministério da Saúde a portaria do pacto em tempo hábil	<b>BOM</b> (Sim, recebeu em tempo hábil)	<b>BOM</b> (Recebeu em tempo hábil)	<b>INSUFICIENTE</b> (Em cima da hora)
	A SES incluiu o tema pacto de indicadores da atenção básica para debate em reunião da CIB	<b>REGULAR</b> (Incluiu na pauta, apresentou e debateu apenas as novas metas propostas)	<b>BOM</b> (Cumpriu todas as etapas previstas)	<b>REGULAR</b> (Inclusão na pauta, apresentação das novas metas, sem debate)	A SES prestou assessoria às SMS	<b>BOM</b> (Para todos)	<b>BOM</b> (Para todos)	<b>REGULAR</b> (Somente para os municípios que solicitaram)	A SES enviou a portaria, orientou a leitura ou comunicou para os municípios em tempo hábil	<b>BOM</b> (Sim em tempo hábil e de diferentes maneiras)	<b>BOM</b> (Sim em tempo hábil e de diferentes maneiras)	<b>INDEFINIDO</b> (Duas respostas antagônicas: sim e não. Os outros atores não souberam informar)
	A SES articulou com os municípios a definição das metas a serem pactuadas	<b>BOM</b> (Para a maioria dos atores foi possível articulação ao nível técnico)	<b>BOM</b> (Houve articulação para todos os atores entrevistados)	<b>INDEFINIDO</b> (Dois atores relataram que não houve esse tipo de articulação. Outro respondeu que houve para um indicador e outro não respondeu de forma clara)	A SES negociou com as gerências municipais estratégias/atividades-chaves para alcançar as metas desejadas para o estado	<b>CRÍTICO</b> (Não negociou)	<b>REGULAR</b> (Negociou para algumas metas definidas como prioritárias)	<b>CRÍTICO</b> (Não negociou)	A coordenação estadual do pacto articulou internamente coordenações técnicas da SES para processo de definição de metas	<b>INSUFICIENTE</b> (Sim para algumas sem definir prioridade)	<b>BOM</b> (Articulou todas as coordenações técnicas)	<b>INSUFICIENTE</b> (Sim para algumas sem definir prioridade)
									A SES definiu formalmente uma coordenação para o pacto de indicadores da atenção básica	<b>INDEFINIDO</b> (Predominou a falta de clareza nas respostas, o que dificultou a análise)	<b>BOM</b> (Sim para três dos atores)	<b>INDEFINIDO</b> (Faltou clareza nas respostas dificultando o julgamento)

### Dimensão política

Na dimensão política apenas o indicador: realização de atividades pela SES para discutir indicadores do pacto da atenção básica com os municípios, foi classificado como bom nos três casos. Nos casos do sudeste e do nordeste a análise documental comprovou a realização de oficinas promovidas pela SES para 100% dos municípios do estado, realizadas com a equipe da programação pactuada e integrada da vigilância em saúde.

No caso do nordeste, para que houvesse discussão, a coordenação do pacto dividiu os 217 municípios em três macrorregiões e realizou quatro oficinas. As oficinas tinham como objetivo avaliar o processo de pactuação dos indicadores da atenção básica dos municípios do estado do Maranhão e propor estratégias de análise e homologação dos mesmos. Houve até oficina de “repescagem”, assim chamada por agregar todos os municípios faltosos para que eles tivessem a oportunidade de discutir também os resultados e metas com o estado.

A SES do caso do norte optou por dividir a equipe e ir a todos os municípios do estado para discutir os indicadores e firmar o pacto, como ainda ocorre atualmente. Houve destaque pelos entrevistados para o problema de concentração das informações no âmbito estadual sob o argumento de que os municípios não têm banco de dados tendo sido necessário fornecer os dados para cálculo dos indicadores.

Para o indicador inclusão do tema pacto de indicadores da atenção básica para debate em reunião da CIB o caso do nordeste foi melhor avaliado. No caso do norte, houve apenas apresentação e discussão das novas metas para o ano de 2006. Segundo um dos entrevistados a discussão fica comprometida por conta do grau de conhecimento técnico dos secretários.

*“Há alguns assuntos que eles (os secretários) discutem, mas não detém o conhecimento técnico. Então quando eles não conhecem o tema, eles aprovam. Aprovam sem ver, sem buscar, sem pedir orientação.”* (Coordenador estadual da atenção básica, entrevistado 6)

Entretanto foi destacado que as relações entre gestor estadual e gestores municipais estão se estreitando. A SES nordeste, além de incluir na pauta, apresentou e discutiu os resultados do ano anterior e a proposição de novas metas, algumas falas explicitam o que aconteceu.

*“Sempre passou pela aprovação da Bipartite, com críticas, com propostas, com inovações.”* (Secretário adjunto de assistência à saúde, entrevistado 11)

*“Sem a aprovação da CIB não vai para Brasília, para o ministério (...) Sempre é apresentado o resultado, o que o ministério sugeriu e o que a gente pactuou.”* (Coordenador estadual da Saúde da Família, entrevistado 10)

A análise documental mostrou a resolução da CIB aprovando o pacto dos indicadores da atenção básica do estado do Maranhão para o ano de 2006, assinada pelo gestor estadual de saúde e pelo presidente do COSEMS. No caso do sudeste, essa discussão na CIB ficou comprometida, ocorrendo apenas inclusão na pauta e apresentação de metas naquele ano sem haver debate, conforme pode ser constatado no depoimento a seguir.

*“... Apresentação das novas metas para ciência do que foi pactuado. Era bem burocrática.”* (Técnica do PAISMCA, entrevistado 1)

As SES do norte e do nordeste articularam com os municípios a definição das metas a serem pactuadas para aquele ano. No primeiro caso, a maioria dos entrevistados referiu que essa articulação foi maior no âmbito dos técnicos. No caso do sudeste, não foi possível julgar o mérito da articulação pelo fato de dois entrevistados responderem negativamente, um responder positivamente alegando que a SES deu atenção especial para alguns indicadores como mortalidade materna e tuberculose e para outro ator a pergunta não ter sido feita. Para esse caso não foi possível complementar as informações com análise documental.

### Dimensão técnica

As SES dos três casos solicitaram informações ao Ministério da Saúde e tiveram suas solicitações atendidas não sendo possível avaliar o tempo de resposta. Os meios de comunicação mais utilizados foram e-mail e telefone. De uma maneira geral, os contatos foram feitos para pedir prazos maiores para utilização do Sispecto para concluir o processo de pactuação *on line* e melhor compreensão dos métodos de cálculo para construção de indicadores.

Os entrevistados dos casos do norte e do nordeste alegaram ter assessorado todos os municípios para pactuação dos indicadores.

*“Sim, prestou. Houve (...) um cronograma de atividades em todos os 16 municípios.”* (Coordenadora estadual da atenção básica, entrevistado 6)

*“Foi uma assessoria por demanda da própria SES. Ela monta equipes (...) divide o estado (...) por áreas e regiões (...), e essas equipes vão até os municípios.”* (Secretário adjunto municipal de saúde, entrevistado 7)

*“A gente estava disponível o tempo todo. (...) Todos os departamentos ficam disponíveis não só no pacto da atenção básica, exclusivamente, mas no pacto de indicadores em geral com as suas vigilâncias etc.”* (Coordenador estadual da Saúde da Família, entrevistado 10)

Já no caso do sudeste, a assessoria foi prestada apenas para os municípios que a solicitaram, diferente de oficinas de mobilização realizadas para todos os municípios do estado. De um modo geral, essa assessoria significou o apoio da SES para construção dos indicadores, treinamento para utilização do Sispacto ou para alimentação dos dados, para cumprimento das etapas de pactuação, sendo necessário para isso, pelo menos, um técnico de referência, um aparelho telefônico, um computador e acesso a *internet*.

No que se refere à negociação de atividades entre SES e as gerências municipais para alcançar as metas desejadas para o estado, em dois casos - do norte e do sudeste - a situação foi considerada crítica porque não houve negociação. No caso do nordeste, a negociação foi considerada regular por ter focado em áreas prioritárias de investimento no ano analisado como a mortalidade materna e infantil.

*“Esse (...) foi um eixo (...) que o estado sempre buscou (...) Se não podemos alcançar todos pelo menos o materno- infantil, criança e mulher.”* (Secretário adjunto de assistência à saúde, entrevistado 11)

No caso do sudeste, apesar de não ter havido nenhuma negociação foi possível vislumbrar novos caminhos considerando depoimento de um dos atores:

*“Eu vejo uma diferença muito grande quando entrou o novo pacto, o pacto pela vida (... ) acho que o envolvimento do gestor nosso aqui, pelo menos, foi muito maior depois de 2007 para cá.”* (Técnica do PAISMCA, entrevistado 1)

Sobre essa questão, a coordenação do pacto da atenção básica referiu o seguinte:

*“A gente negociou não com o gestor mor (...) com o secretário municipal de saúde (...) nós pactuávamos com quem estava na época.”*

*Alguém da saúde coletiva (...), algum subsecretário, isso era o máximo que se conseguia fazer.”* (Coordenador estadual do PACS/PSF, entrevistado 3)

No caso do norte não foi possível identificar os motivos da não negociação por meio de nenhuma das fontes de coleta de dados.

### Dimensão Organizacional

As SES receberam a portaria do pacto da atenção básica do Ministério da Saúde não sendo possível avaliar o tempo exato, em dias, entre a publicação e o recebimento da mesma. Receber a portaria em tempo hábil significou dizer que as SES tiveram prazo suficiente para cumprir todas as etapas previstas para a pactuação dos indicadores de forma planejada tanto internamente quanto com os municípios.

Os entrevistados dos casos norte e nordeste, referiram ter recebido a portaria em tempo hábil para desencadear o processo de pactuação em todo o estado. Já no caso do sudeste foi diferente,

*“... era em cima da hora”* (Técnica do PAISMCA, entrevistado 1)

*“... Tudo é assim muito em cima da hora.”* (Secretário Municipal de Saúde, entrevistado 2)

Os casos do norte e do nordeste encaminharam a portaria, orientaram a leitura ou comunicaram sua publicação para os municípios, em tempo hábil. Para isso, utilizaram diferentes maneiras. No caso do norte, o envio foi feito por meio eletrônico e discutido na CIB. No caso do nordeste, apesar da SES não ter enviado a portaria, as falas a seguir ilustram como aconteceu:

*“Acredito que tenhamos sugerido a leitura dessa portaria, disponível no site, e mandava correspondência (...) para informar a pactuação, para solicitar o envolvimento dos municípios e (...) avisar as datas disponíveis (...) participar das oficinas e a data limite para o pacto ser definido e homologado.”* (Coordenador estadual da Saúde da Família, entrevistado 10)

*“Nós trabalhamos assim. Foi avisando porque os municípios (...) já sabem que no início do ano tem (...) pactuação. (...) Na época, discutimos portaria, nós trabalhamos essa parte.”* (Coordenador estadual do pacto da atenção básica, entrevistado 12)

No caso do sudeste, as respostas dos entrevistados não deixaram claro se a SES havia encaminhado a portaria do pacto aos municípios e por isso, o indicador foi

classificado como indefinido. No entanto, na análise documental, observou-se menção ao número e data de publicação da portaria no ofício de convocação aos municípios para participar das oficinas do pacto.

Todos os entrevistados referiram que a coordenação estadual do pacto articulou internamente as coordenações técnicas da SES para o processo de definição de metas para os indicadores do ano de 2006. Contudo, apenas uma, representada pelo caso do nordeste, fez essa articulação com todas as áreas programáticas da atenção básica que tinham indicadores. No caso do norte e sudeste, a articulação foi feita com algumas áreas sem que houvesse uma definição de prioridades para aquele ano.

Apesar da maior parte das respostas apontarem para a existência de uma equipe ou um técnico de referência no âmbito estadual, apenas um dos casos, a SES do nordeste houve definição formal de uma coordenação para o pacto da atenção básica em 2006. Nesse caso, todos os entrevistados da SES referiram que a coordenação do pacto naquele ano ficou a cargo do núcleo estadual de monitoramento e avaliação da atenção básica. Embora os entrevistados tenham comentado sobre uma portaria que criou esse núcleo a mesma não foi encontrada entre os documentos a que se teve acesso.

Para os casos do norte e do sudeste não foi possível identificar essa formalização e por esse motivo, o indicador foi classificado como indefinido. Em ambos os casos, houve divergência entre os entrevistados, conforme ilustram os trechos a seguir:

*“Definiu, definiu”* (Secretário adjunto estadual de saúde, entrevistado 9)

*“Não (...) eram assim, trabalhos isolados...”* (Coordenador estadual da atenção básica, entrevistado 6)

*“A coordenação estava definida não formalmente (...) Tinha uma portaria da secretaria de estado dizendo que todas as atividades de atenção básica seriam da coordenadoria de saúde. (...) Então, aí ficou toda concentrada a atenção básica, a saúde da família, saúde da mulher e aí por diante, para que a gente pudesse ter uma estrutura formal dentro da secretaria e quem cobrava também. No caso, a coordenação do pacto naquele ano foi pela atenção básica já (...) O núcleo setorial de planejamento só fez o acompanhamento.”* (Coordenador estadual do pacto da atenção básica, entrevistado 8)

*“Sim. Nós formamos uma comissão integrando a coordenação do PSF...”* (Secretário Estadual de Saúde, entrevistado 15)

*“Foi colocado pela subsecretaria de desenvolvimento de sistemas de saúde que teria que ser o PSF...” (Coordenador estadual do PACS/PSF, entrevistado 3)*

*“... O planejamento tomou para si isso na parte formal mas na prática mesmo quem encontrava os municípios, participava das regionais junto com as regiões, éramos nós mesmo, da atenção básica (...) Documento que tenha passado para a gente, não. Mas, por exemplo, os e-mails eram dirigidos para lá (planejamento) e remetidos para nossa equipe.” (Técnica do PAISMCA, entrevistado 1)*

O componente articulação e mobilização, foi classificado como **totalmente implementado** para o caso do nordeste porque teve predominância de indicadores classificados como BOM em todas as dimensões, classificado como **parcialmente implementado** para o caso do norte pois teve pelo menos um indicador BOM nas três dimensões e para o caso do sudeste por apresentar pelo menos um indicador BOM em duas das três dimensões analisadas.

### **Considerações do âmbito federal**

Para os entrevistados lotados no MS, no ano de 2006, o ministério incluiu o tema do pacto da atenção básica para debate em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Todavia, se houve apresentação e discussão de resultados dos pactos anteriores e a proposição de novas metas para estados e municípios, não foi possível chegar a um denominador comum visto que as três respostas foram diferentes.

*“Sim, é apresentado todos os anos à CIT e o relatório do pacto para apreciação dos componentes e aprovação. Com discussão, sim.” (Coordenador de acompanhamento e avaliação da atenção básica, entrevistado 14)*

*“Não. Isso normalmente é feito assim numa câmara técnica da Tripartite, (...) A atenção básica junto com as áreas (...) definia os indicadores e passava por aprovação (...) Ia para a câmara técnica que era formada por representantes do CONASS, CONASEMS e do Ministério da Saúde (...) além de discutir indicadores, todas as questões do processo, fechava a questão das datas, antes da publicação da portaria.” (Técnica da coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica, entrevistado 4)*

*“Tudo (...) era negociado na Tripartite. E não é uma negociação simples. É uma negociação sofrida e eu participei de uma câmara técnica acho que em 2006 (...) achei muito complicado o processo porque parecia (...) que as esferas tinham projetos diferentes de saúde...”* (Técnica da área da saúde da mulher, entrevistado 5)

Para o coordenador de acompanhamento e avaliação da atenção básica esse tipo de discussão nas CIB ocorria em boa parte das SES mas não tinha certeza se em 100% e ressaltou:

*“Em algumas bipartites temos conhecimento que o processo era meio burocrático mas em outras havia discussão e aprovação.”*  
(Coordenador de acompanhamento e avaliação da atenção básica entrevistado 14)

Para a maioria dos entrevistados não houve articulação do MS com os gestores estaduais para definição de novas metas a serem pactuadas para os indicadores da atenção básica em 2006, mas com a equipe técnica dos estados sim. Se houve, foi um contato da coordenação de acompanhamento e avaliação do departamento de atenção básica e com poucos gestores estaduais resistentes em fazer o pacto, segundo um dos entrevistados. Percebe-se que as discussões em torno do pacto da atenção básica ficaram comprometidas por conta do pacto de gestão, conforme mostra o trecho a seguir:

*“... naquele ano (em 2006) e em 2005, aconteceram calorosas discussões na CIT em relação à questão dos indicadores e ao pacto de gestão, pois havia certa indefinição se iria ser mantido o pacto de indicadores da atenção básica ou se os indicadores seriam incluídos no pacto de gestão.”* (Coordenador de acompanhamento e avaliação da atenção básica, entrevistado 14)

Em relação ao fato de representantes das SES entrarem em contato com o MS para algum tipo de esclarecimento durante o período de pactuação todos os entrevistados confirmaram que as SES fizeram contato e obtiveram resposta imediata, sendo os meios de comunicação mais utilizados telefone e e-mail. Eventualmente, também ocorreram visitas presenciais. Os contatos geralmente eram feitos com a equipe da coordenação de acompanhamento e avaliação do Departamento de Atenção Básica (DAB) para sanar alguma dificuldade com relação a cálculo de indicadores, consulta a resultados, todo o processo e também para suporte a problemas com o sistema informatizado, o Sispacto. Foi destacado ainda que na última semana de encerramento do pacto era o período de maior solicitação e contatos por parte das SES.



O MS prestou assessoria às SES durante o período da pactuação de forma permanente, para todos os estados que solicitavam. Segundo um dos entrevistados, essa assessoria era feita por telefone, meio eletrônico ou presencialmente nos estados para participar de eventos diretamente relacionados com o pacto da atenção básica. A equipe coordenadora do pacto estava preparada para assessorar estados e municípios de forma rápida, ou seja, atender e responder às demandas em menos de 24 horas, devido à dedicação exclusiva a esse processo durante o período da pactuação. No entanto, para um dos entrevistados essa assessoria não ocorreu, mas considerou a importância do MS acompanhar as propostas definidas pelas SES:

*“Geralmente, (...) os estados faziam a proposta e o MS negociava. Agora com o pacto de gestão mudou. Nós fazemos a proposta e eles negociam. Porque muitas vezes, você deixa para eles e eles não avançam. Eles propõem assim, manter como meta o que eles já vêm fazendo. E aí eu acho que a gente tem que minimamente empurrar um pouquinho para cima (...), as metas.”* (Técnica da área da saúde da mulher, entrevistado 5)

Apenas um dos entrevistados respondeu se a SES prestou assessoria às SMS durante o período de pactuação informando que em alguns estados tinha certeza que isso acontecia.

A negociação de atividades-chaves entre Ministério da Saúde e os gestores estaduais para alcançar as novas metas desejadas aconteceu de forma isolada, para um ou outro indicador.

*“Considero que pode ter havido sim (...) mas muito pouco (...) para alguns indicadores e meta, tinha. Mas isso não era rotina, não era uma sistemática para todos os estados. Isso era um ou outro estado...”* (Técnica da coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica, entrevistado 4)

Foi destacado por um dos entrevistados que a negociação, a conversa, o diálogo entre as esferas de gestão é vital nesse processo de pactuação de metas.

*“As pessoas pactuam porque tem que pactuar mas ninguém faz nada para mudar os indicadores. Então, o processo passa a ser cartorial e aí a gente tem que começar a negociar (...) faz parte da vida.”* (Técnica da área da saúde da mulher, entrevistado 5)

Em relação ao conhecimento pelos entrevistados se as SES receberam a portaria do pacto da atenção básica de 2006 em tempo hábil as três respostas foram diferentes.

Um dos entrevistados respondeu que houve recebimento pelas SES, mas não sabia informar se em tempo hábil, um não se recordou e para o terceiro o envio da portaria foi feito com agilidade.

Sobre essa questão da portaria foi informado que a equipe da coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica encaminhava a minuta de portaria antes de ser publicada na imprensa oficial para as coordenações estaduais da atenção básica. E que após a publicação, a equipe mandava novamente por meio eletrônico, informando o número e os prazos em que a portaria passava a vigorar. No entanto, no que se refere ao tempo ser suficiente ou não para desencadear o processo de pactuação e finalizar no prazo determinado na portaria, os seguintes comentários foram tecidos:

*“Todos os anos (...) tivemos que adiar a data de encerramento, por vários motivos. Um deles foi o atraso no início da publicação, (...) outros era porque (...) havia problemas no sistema informatizado, os estados iam ficar prejudicados sendo que não era problema deles (...) Para alguns estados (...) houve um pedido de adiamento oficial ao DAB (...) Tem dois estados que praticamente todos os anos pediram: Rio Grande do Norte e Santa Catarina (...) Em média se adia quinze dias e no máximo um mês (...) Seguramente que em 2006 (...), adiamos 15 dias para todo mundo e independente disso, esses dois estados pediam. SC no início do pacto já mandava o ofício pedindo, dizendo que não ia dar tempo, já pedia logo o adiamento. E o RN, em média, pedia no meio do processo, quando via que não ia conseguir (...) De um modo geral, o pacto começava em março e (...) era para terminar em maio e junho. Teve ano que terminou em setembro. Em média, um período de três meses: março, abril, maio. Nunca foi cumprido antes de terminar esse prazo...”* (Técnica da coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica, entrevistado 4)

Tendo em vista que o pacto era anual, ou seja, avaliado de janeiro a dezembro, quando se pactuava em março, abril, maio, os estados e municípios tinham menos de doze meses para colocar em prática ações que dessem conta daquilo que foi pactuado. A respeito desse aspecto, foram feitas as seguintes considerações:

*“... isso era uma queixa, às vezes, dos estados (...) propor uma meta considerando os seis meses (...). Então por um lado, com esse resultado ele já podia ver as ações que ele já fez e o que ele ia*

*propor de meta e por outro lado, outros reclamavam o contrário: (...) pactuar só para seis meses! (...) Então, a queixa às vezes era dos municípios e dos estados (...) que tinham maior compromisso de realmente desenvolver ações, de atingir aquela meta, de propor uma meta (...) de acordo com sua realidade, (...) para melhoria da saúde da população ...” (Técnica da coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica, entrevistado 4)*

Por outro lado, quando o pacto saía no início do ano, havia dificuldade para cálculo dos indicadores visto que o encerramento das bases dos bancos de dados nacionais normalmente ocorre em junho do ano posterior. Nesse caso, ficaria difícil avaliar e a saída era fazer o pacto considerando dados preliminares porque os resultados só iriam ser conhecidos no mínimo a partir de julho. Independente do tempo em que a portaria do pacto da atenção básica era publicada, os prazos da pactuação foram acordados na CIT.

A análise documental mostrou ofício do DAB/MS à SES de Santa Catarina que solicitou adiamento do prazo de pactuação e ofício da SES da Paraíba solicitando prorrogação do prazo de pactuação com os municípios naquele na, apontando uma coerência com as falas dos atores desse âmbito de atuação.

Ainda com base na análise documental, verificou-se que no mês de abril de 2006 a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde elaborou nota técnica redefinindo os prazos de avaliação e pactuação das metas prorrogando para agosto em decorrência de falhas e inoperância do Sispecto além de fazer explicações e alterações no texto de cinco indicadores (Brasil, 2006b).

Outro indicador avaliado foi se de modo geral as SES enviaram a portaria do pacto para os municípios em tempo hábil. Um ator não soube responder, um segundo, referiu que a informação que se tinha era bem diferenciada mas de modo geral para a maioria dos municípios chegava a tempo hábil, embora houvesse queixas de estados que recebiam em cima da hora. Quando as regionais eram envolvidas, o processo de divulgação era mais rápido.

Na opinião de outro entrevistado, o envio era sempre em cima da hora e fez um comentário a respeito dessa questão que vale ser destacado visto que pode contribuir para uma reflexão de todos aqueles que com essa fala se identifiquem:

*“... acho que o Ministério dá o tom de como se relacionar e aí as pessoas não são tão criativas, ou raramente, as pessoas são criativas*

*o suficiente para gerar outra forma de relacionamento. Outra coisa, o autoritarismo é uma coisa muito fácil. A negociação, a pactuação demanda uma disponibilidade de interlocução que nem sempre os gestores têm.”* (Técnica da área da saúde da mulher, entrevistado 5)

Em relação a ter existido em 2006, apresentação e discussão de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas metas para os estados com as áreas técnicas do MS de interface com o pacto, para um dos entrevistados houve apresentação e discussão. Outro não opinou claramente, mas seguem alguns trechos da sua fala:

*“... quando recebi a incumbência de avaliar isso, o que foi dito (repassado) pra mim é que era uma coisa extremamente cartorial, era sair aprovando tudo (...) Então, não havia tanto diálogo. Eu acho que o próprio mecanismo de se trabalhar o pacto foi melhorando aqui no Ministério. E a medida que as pessoas estavam acompanhando, foram se sentindo mais familiarizadas com o processo, elas tiveram condições de aperfeiçoar.”* (Técnica da área da saúde da mulher, entrevistado 5)

Um terceiro ator entrevistado informou que o representante de cada área técnica envolvida com o pacto da atenção básica era responsável para avaliar os resultados bem como a proposição das novas metas dos estados e discutir com seus pares de forma coletiva. Algumas vezes houve a participação de outros componentes, ao exemplo da coordenadora da área da saúde da criança no ano de 2006.

Além das coordenações do DAB - hipertensão e diabetes, saúde bucal, gestão e de monitoramento e avaliação - participavam das discussões do pacto também as áreas da saúde da mulher e da criança que estavam em outro departamento mas tinham indicadores a serem pactuados, e da hanseníase e tuberculose então essas duas áreas também participavam do pacto como parte da equipe. Geralmente, as áreas definiam um técnico para participar da equipe que discutia e avaliava o pacto.

Apenas para um dos três entrevistados, o MS definiu formalmente uma coordenação para o pacto de indicadores da atenção básica no ano de 2006. Para esse ator existia uma coordenação formal, uma equipe para conduzir o processo de trabalho. Outro entrevistado tinha clareza de que a coordenação do pacto era do DAB e mais específico da coordenação de monitoramento e avaliação, no entanto teve dúvida se em 2006 saiu formalmente na portaria. O terceiro ator entrevistado não soube informar justificando falta de tempo para uma leitura mais detalhada da portaria do pacto e verificar se essa coordenação estava definida e teceu o seguinte comentário:

*“... Eu percebia que monitoramento e avaliação da atenção básica eram as responsáveis e eu admiro muito a maneira como o processo foi conduzido, sempre com escuta de todas as partes, compartilhando as decisões com cada área que tinha alguma relação com aquele indicador. Não passavam por cima e decidiam, não. Dessa forma eu achava muito interessante (...) este movimento de pactuação (...) é uma nova filosofia implantada no Ministério, que dizer, antigamente se tinha muito autoritarismo era tudo de cima para baixo. E esse projeto de pactuação vem para dizer não, (...) os gestores das diferentes esferas de governo têm o mesmo nível, e portanto é preciso respeitar a autonomia de cada um, a soberania de cada um ...”*  
(Técnica da área da saúde da mulher, entrevistado 5)

Na análise documental, constatou-se que essa coordenação formal do pacto seria constituída por um grupo de trabalho, de acordo com o artigo 4º da portaria nº 493 onde se lê:

*“Artigo 4º - constituir Grupo de Trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, composto por representantes das áreas técnicas para negociação das metas a serem pactuadas com os estados na efetivação do processo de pactuação dos indicadores da atenção básica.”*

Foi encontrada também cópia da portaria nº 1471, de 10 de julho de 2006, que criou o GT de análise do pacto de indicadores da atenção básica daquele ano.

Houve ainda questionamento a respeito da inclusão na pauta, apresentação e discussão do pacto da atenção básica no Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano de 2006. Os três entrevistados não tinham certeza, mas um deles referiu que muitas vezes não era discutido, mas era apresentado. O CNS não tinha que aprovar o que tivesse sido decidido na câmara técnica tripartite. Também era desconhecido dos atores se isso ocorreu nos Conselhos Estaduais de Saúde.

## **Componente 2: Produção da informação no processo de pactuação dos indicadores da atenção básica**

O componente produção da informação pressupunha o acesso das SES e das SMS a dados e informações para proceder a análise dos resultados do que foi pactuado no ano anterior e auxiliar a definição de novas metas para o conjunto de indicadores do pacto; elaboração e divulgação de documentos técnicos contendo análises dos indicadores do pacto; utilização de estudos científicos para subsidiar processo de tomada de decisão em relação às metas a serem pactuadas.

Para esse componente foram analisados quatro indicadores, um para a dimensão política, dois para a técnica e um para a dimensão organizacional.

**Quadro 11 - Matriz de avaliação: COMPONENTE PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO**

COMPONENTE	DIMENSÕES ESTRATÉGICAS DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DAS SES											
	POLÍTICA				TÉCNICA				ORGANIZACIONAL			
	INDICADOR	JULGAMENTO			INDICADOR	JULGAMENTO			INDICADOR	JULGAMENTO		
		CASO DO NORTE (AP)	CASO DO NORDESTE (MA)	CASO DO SUDESTE (RJ)		CASO DO NORTE (AP)	CASO DO NORDESTE (MA)	CASO DO SUDESTE (RJ)		CASO DO NORTE (AP)	CASO DO NORDESTE (MA)	CASO DO SUDESTE (RJ)
PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO	A SES utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para tomada de decisão em relação as metas a serem pactuadas	BOM	INDEFINIDO	INDEFINIDO	A SES teve acesso a documento técnico elaborado pelo MS com análise dos indicadores da atenção básica	CRÍTICO	INDEFINIDO	INDEFINIDO	A coordenação do pacto na SES elaborou documento técnico contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica relativo a anos anteriores ao analisado para as áreas técnicas	INDEFINIDO	INDEFINIDO	INDEFINIDO
		(Sim)	(As respostas não puderam ser utilizadas porque a pergunta não ficou clara para os entrevistados)	(Dois atores responderam de forma vaga, que algumas áreas técnicas utilizaram informações científicas)		(Não teve acesso)	(Predominou a referência à portaria do pacto, sem que os entrevistados confirmassem acesso a documento elaborado pelo MS)	(Faltou predominância de respostas para a definição do julgamento)		(As respostas dos entrevistados não permitiram identificar se foi elaborado um documento contendo análise. Houve referência à portaria ministerial e a planilhas elaboradas pelo estado)	(Três respostas foram diversificadas, o que dificultou o confronto e o julgamento de valor)	
					A coordenação do pacto na SES elaborou documento técnico contendo análise dos indicadores e ou disponibilizou dados relativos a anos anteriores ao analisado para os municípios	CRÍTICO	BOM	INDEFINIDO				
						(Não foi elaborado)	(Elaborou análise dos indicadores)	(Respostas variaram entre não elaboração de documento, orientação de acesso a documentos do pacto na rede e distribuição de planilhas contendo comparações históricas)				

## Dimensão política

O indicador analisado nessa dimensão buscou medir se a SES utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para se decidir em relação às novas metas a serem pactuadas para o ano de 2006. O caso do norte foi classificado como BOM pois segundo a compreensão de dois entrevistados, houve utilização de informações científicas.,

No caso do nordeste, o indicador foi julgado como INDEFINIDO porque um dos entrevistados não entendeu a pergunta, outro falou sobre o desconhecimento da utilização de outros tipos de literatura além dos repassados pelo ministério da saúde e para o terceiro a pergunta não foi realizada na íntegra impossibilitando o confronto com as respostas dos demais atores.

*“...as informações científicas até para fluir também era muito complicado. Então, a gente preferiu ir a campo, observar, para poder pactuar. Portanto, era com as informações mesmo que a gente tinha.”* (Secretário Municipal de Saúde, entrevistado 13)

No caso do sudeste, o indicador também foi classificado como INDEFINIDO tendo em vista que dos três atores entrevistados no âmbito da SES dois não responderam a pergunta de forma clara. O terceiro ator destacou que algumas áreas técnicas, durante as oficinas com os municípios, referiam a utilização de produções científicas.

*“... trabalhou-se com parâmetros dos indicadores nacionais, os indicadores para o estado, uma comparação entre os municípios da região e também da nossa possibilidade de alcançar aquelas metas (...) a adequação da capacidade do município em atingir aquela meta proposta...”* (Secretário Municipal de Saúde, entrevistado 2)

Complementando esse indicador, foi questionado se outros elementos tiveram peso na decisão para pactuar novas metas para o ano de 2006. Para os três casos analisados nesse estudo destaca-se o seguinte depoimento

*“...uma questão que tem muito peso é a questão financeira. Financiamento para saúde é o maior peso que tem aqui, porque os municípios são muito pobres. Muitas vezes não têm condições de arcar com o fundo de participação do município.”* (Secretário adjunto estadual de saúde, entrevistado 9)



*“Olha, tem vários elementos que pesam na decisão de um secretário. Esses elementos vão desde uma simples informação até a questão financeira porque essas coisas são executadas, porque para cumprir o pacto tem que dá possibilidade ao pessoal que vai cumprir isso porque são ações. Isso aí é uma coisa que a gente tem que estudar com carinho, pactuar dentro daquilo que seu braço alcança fazer. A gente deve pactuar dentro da realidade. Não pode pactuar fora dela porque se não, não alcança.”* (Secretário Municipal de Saúde, entrevistado 13)

Nos casos do nordeste e do sudeste as informações técnicas mais citadas foram séries históricas dos indicadores, tendo sido ressaltada a necessidade de intervenções para melhoria da informação, ao exemplo da melhoria do registro de nascimentos e óbitos nos municípios.

Destaca-se que nenhum dos entrevistados mencionou a CIT e não destacou o papel político do CONASS e CONASEMS, que são as instâncias de negociação entre os gestores do SUS.

#### Dimensão Técnica

Em nenhum dos casos analisados, os atores entrevistados declararam que SES teve acesso a documento técnico elaborado pelo ministério da saúde com análise dos indicadores da atenção básica. Naquele ano, o MS elaborou e enviou documento com análise de consistência de resultados dos indicadores em 2005 e da coerência de metas propostas para o ano de 2006 por cada indicador pactuado, no entanto nenhum dos entrevistados fez qualquer referência a esse documento.

No caso do norte, identificou-se que a SES não teve acesso ao documento elaborado pelo MS devido às seguintes respostas:

*“Assim, na verdade nós tivemos orientações. Quando nós tínhamos dúvidas nós entrávamos em contato...”* (Coordenador estadual da atenção básica, entrevistado 6)

*“Não, a gente não tem isso.”* (Coordenador estadual do pacto da atenção básica, entrevistado 8)

No caso do nordeste o indicador foi julgado como INDEFINIDO porque não foi possível confrontar as respostas visto que dos quatro atores entrevistados um não entendeu a pergunta mas comentou sobre a portaria do pacto, outro não recordou, outro disse não ter tido acesso e para o quarto entrevistado não houve esse questionamento por falha na aplicação do instrumento.

No caso do sudeste, o indicador também foi julgado como INDEFINIDO porque três atores fizeram referência aos manuais do ministério sem deixar explicitado se tiveram acesso a outro tipo de documento e um deles referiu não ter acompanhado o processo *par-i-passo* sendo esse o motivo de desconhecimento.

O segundo indicador analisado tratou da elaboração de documento técnico contendo análise dos indicadores e ou disponibilização de dados relativos a anos anteriores ao analisado para os municípios feito pela coordenação estadual do pacto.

No caso do norte, a situação foi considerada CRÍTICA porque três atores informaram que o estado não elaborou nenhum documento de análise dos indicadores.

No caso do nordeste, considerou-se BOM o resultado tendo em vista que segundo os entrevistados a SES analisou os indicadores do pacto juntamente com os municípios e disponibilizou planilhas contendo resultados de anos anteriores. Também foi possível validar as respostas por meio da análise documental.

Já no caso do sudeste, a situação ficou INDEFINIDA porque dos quatro atores entrevistados, apenas um informou que a SES disponibilizou planilhas contendo comparações históricas no período da pactuação. Para outros dois não houve elaboração de análise e para um deles a pergunta não foi realizada por falha na aplicação do instrumento de pesquisa.

#### Dimensão organizacional

Nessa dimensão, o indicador analisado buscou identificar se a coordenação do pacto elaborou documento técnico contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica relativo a anos anteriores ao analisado para disponibilizar às áreas técnicas da própria SES. Nos três casos avaliados, o mérito não pode ser julgado devido à indefinição das respostas.

No caso do norte, dois entrevistados disseram que a SES não elaborou e dois disseram sim, sendo citado um documento elaborado pela equipe da vigilância ao qual não se teve acesso.

No caso do nordeste, a classificação ficou INDEFINIDA porque não foi possível confrontar as respostas devido à falta de clareza em duas delas, a outra se referia ao desconhecimento da existência do documento e outra referenciou a portaria ministerial, planilhas elaboradas pela coordenação do pacto contendo série temporal de resultados dos indicadores.

No caso do sudeste, a INDEFINIÇÃO foi causada pelas diversas respostas obtidas: desconhecimento do entrevistado a respeito do tema, não elaboração do

documento e informação de que a análise dos indicadores foi disponibilizada no site da SES. Na análise documental não foi encontrado nada que pudesse complementar ou validar as respostas dos entrevistados.

Em relação à produção da informação, os três casos tiveram esse componente classificado com **não implementado**, pois nenhum deles alcançou indicador BOM em nenhuma das dimensões analisadas.

### **Considerações do âmbito federal**

Os atores do MS tiveram percepções diferentes com relação à utilização de informações técnicas e ou resultados de estudos científicos para decisão pelos estados em relação às novas metas a serem pactuadas para o ano de 2006. Um deles referiu que houve uma preparação da equipe para isso contando com a participação das áreas técnicas que levavam seu conhecimento específico para discussão dos indicadores. Para outro entrevistado, algumas áreas do Ministério tinham um processo mais criterioso e baseado em pesquisa científica na etapa de definição de indicadores.

Com relação à pactuação de metas com as SES, havia uma preocupação de negociar de acordo com a série histórica dos resultados dos indicadores, a situação dos estados e a possibilidade de alcançar as metas propostas.

*“...se o estado propunha uma meta muito ousada, ..., uma meta que a gente achava meio difícil de cumprir com as atuais situações ... a gente questionava, tentava negociar, avaliar com ele (...) Alguns estados (...) propunham metas aquém do que era possível (...) a gente conversava, argumentava se(...) não tinha proposta de melhorar as situações e com isso melhorar aquele indicador...”* (Técnica da área da saúde da mulher, entrevistado 5)

Nesse caso, o grupo técnico fazia análise das metas e às vezes tinha discordâncias com relação aquilo que o estado estava pactuando: ou porque estava além ou porque estava aquém. Então, tentava-se negociar para ver se o estado fazia uma modificação para chegar a algo mais adequado com aquelas informações de séries históricas, planos, projetos que os estados tinham com o MS. Essas questões eram consideradas no que se podia chamar de momento de negociação no processo de pactuação. A homologação significava total concordância da meta com o que o estado havia proposto.

Diferente do que ocorre hoje com o Pacto pela Saúde, o MS não definia valor da meta para os estados para firmar o pacto da atenção básica com os estados. Acredita-se

que a maioria dos estados não definia metas para os municípios, sendo fruto de uma negociação.

O terceiro entrevistado, apesar de demonstrar o interesse por estudos e pesquisas como etapa importante na construção do conhecimento, fez uma diferenciação entre as questões consideradas na etapa de definição de indicadores e no momento de negociação de metas com os estados. Na primeira utilizou-se uma lógica com base na vivência, quer dizer, o que era importante e o que era preciso avaliar e quais os indicadores que permitiam fazer essa avaliação. No segundo momento, utilizaram-se com mais frequência as séries históricas dos indicadores.

Outros elementos também tiveram peso na decisão de pactuar novas metas para os estados em 2006 segundo um dos entrevistados, como por exemplo, o avanço da implantação da saúde da família, considerado fator determinante no sentido da responsabilização dos municípios, e a análise de indicadores específicos por estado, guardadas as especificidades de acordo com a realidade de cada um.

Houve divergência nas respostas dos três entrevistados se o MS chegou a elaborar algum documento técnico contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica, ou outras informações, relativas a anos anteriores para ajudar na tomada de decisão dos estados e municípios. Um afirmou existir esse documento que foi elaborado com assessoria de um instituto de ensino e pesquisa e se encontrava arquivado na CAA/DAB; outro negou a elaboração desse documento mas informou que houve envio dos dados da pactuação em formato de planilha para os estados e reconheceu que não fazer análise constituiu-se em falha da equipe. O terceiro entrevistado fez menção apenas à nota técnica para cada indicador.

Apesar de não mencionado por nenhum dos atores, foram encontrados: documento contendo metodologia de análise e monitoramento do pacto de indicadores da atenção básica de 2006, arquivos contendo análise de consistência dos resultados de 2005 e de coerência de metas de 2006 de todas as SES realizadas pelas respectivas áreas técnicas do MS envolvidas.

Sobre a elaboração de documento contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica, ou outras informações, relativas a anos anteriores para divulgação nas áreas técnicas, um dos entrevistados comentou sobre a existência de relatórios que circularam entre as áreas envolvidas para análise contínua mas não soube informar com exatidão o conteúdo. Outro declarou não ter conhecimento desse suposto documento mas considerou positiva a disponibilização no site do DATASUS de resultados dos indicadores do pacto para qualquer município “olhar” a evolução de seus indicadores. O

terceiro ator entrevistado informou que as próprias áreas técnicas faziam análise de seus indicadores, discutiam de forma coletiva no momento da pactuação e da proposição dos indicadores com o grupo e com a coordenação do pacto, apesar da coordenação ter acesso aos bancos de dados nacionais.

### **Componente 3: Homologação no processo de pactuação dos indicadores da atenção básica**

O componente homologação está relacionado às etapas de: edição, validação e homologação das planilhas de resultados e metas no Sispecto pelas instâncias definidas em portaria ministerial; encaminhamento dos anexos III (avaliação de resultados) e IV (proposição de novas metas) assinados pelo gestor estadual e municipal seguindo o fluxo definido na portaria do pacto e de análise desses anexos pelas instâncias hierarquicamente superiores.

Para esse componente foram analisados quatro indicadores, dois na dimensão política, um na técnica e um na dimensão organizacional.

**Quadro 12 - Matriz de avaliação: COMPONENTE HOMOLOGAÇÃO**

COMPONENTE	DIMENSÕES ESTRATÉGICAS DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DAS SES											
	POLÍTICA				TÉCNICA				ORGANIZACIONAL			
	INDICADOR	JULGAMENTO			INDICADOR	JULGAMENTO			INDICADOR	JULGAMENTO		
		CASO DO NORTE (AP)	CASO DO NORDESTE (MA)	CASO DO SUDESTE (RJ)		CASO DO NORTE (AP)	CASO DO NORDESTE (MA)	CASO DO SUDESTE (RJ)		CASO DO NORTE (AP)	CASO DO NORDESTE (MA)	CASO DO SUDESTE (RJ)
HOMOLOGAÇÃO	As SMS encaminharam para a SES os anexos III e IV da portaria do pacto assinados pelo gestor municipal	<b>BOM</b> (Mais de 70% dos municípios encaminharam os dois anexos)	<b>BOM</b> (Mais de 70% dos municípios encaminharam os dois anexos)	<b>BOM</b> (Mais de 70% dos municípios encaminharam os dois anexos)	A SES analisou os anexos antes da homologação e quando houve discordância solicitou revisão às SMS	<b>CRÍTICO</b> (A SES não analisou os anexos antes da homologação)	<b>BOM</b> (Analisava e solicitava revisão)	<b>BOM</b> (Analisava e solicitava revisão)	A SES descentralizou o processo de pactuação para as instâncias regionais de saúde	<b>INDEFINIDO</b> (Não existem regionais de saúde no estado)	<b>BOM</b> (A SES descentralizou o processo de pactuação para todos os municípios)	<b>INDEFINIDO</b> (Não existem regionais de saúde no estado)
	A SES encaminhou para o Ministério da Saúde, os anexos III e IV da portaria do pacto assinados pelo gestor estadual	<b>CRÍTICO</b> (A SES não encaminhou nenhum)	<b>BOM</b> (A SES encaminhou os dois anexos)	<b>BOM</b> (A SES encaminhou os dois anexos)								

### Dimensão política

Segundo os entrevistados, mais de 70% das SMS encaminharam os anexos - III e IV - da portaria do pacto assinados pelo gestor municipal. Por isso, os três casos tiveram esse indicador classificado como bom. O número de municípios de cada caso corresponde a 16, 217 e 92 respectivamente para os casos do norte (AP), do nordeste (MA) e do sudeste (RJ).

No caso do norte, todos os entrevistados relataram o envio dos anexos mas apenas em uma das respostas foi possível identificar o percentual dos municípios que cumpriram essa etapa da pactuação. A análise documental mostrou ofício enviado pela SES para as SMS solicitando em caráter de urgência os resultados alcançados nos indicadores do pacto em 2005, além de informar o prazo final da pactuação e que a não pactuação acarretaria a suspensão dos incentivos do PAB fixo e variável. No entanto, não foi encontrada nenhuma cópia dos anexos na SES. Foi possível recuperar do diário de campo uma anotação que permite compreender o ocorrido na época:

*“... como 2006 foi um ano de transição na SES existe a possibilidade dos municípios não terem enviado os anexos da pactuação.”*

(Coordenador estadual do pacto da atenção básica, entrevistado 8)

No caso do nordeste, observou-se na análise documental que dos 217 anexos III - que correspondiam aos de avaliação de resultados - apenas 76% estavam assinados pelo gestor municipal e dos anexos IV - de proposição de metas - o percentual baixou para 43%.

No caso do sudeste foi possível validar as entrevistas por meio da análise documental, pois além dos registros do controle de recebimento dos anexos da pactuação pela equipe da SES foram encontrados 78 anexos III - de avaliação de resultados - e 82 anexos IV - de pactuação de metas, todos assinados pelos respectivos gestores municipais. Esse número contraria a afirmativa de pactuação por 100%, visto que o estado possui 92 municípios.

*“... 100%. Todos pactuaram. Nenhum município do estado deixou de pactuar.”* (Técnica do PAISMCA, entrevistado 1)

*“Só homologava no Sispecto quando chegava com assinatura.”*  
(Coordenador estadual do PACS/PSF, entrevistado 3)

*“... creio que sim porque isso compromete o pacto estadual. Então, enquanto os municípios todos não fazem os seus pactos, o estado não pode pactuar. Então, eles (do estado) são muito insistentes nisso: tem que mandar!”* (Secretário Municipal de Saúde, entrevistado 2)



Na análise de documentos do âmbito federal foi possível verificar no banco de dados que todos os municípios dos estados avaliados e as SES tiveram suas planilhas ou anexos de avaliação e pactuação homologados no Sispacto. Observou-se no entanto que no caso do norte dos 16 municípios existentes 15 tiveram seus pactos homologados. Para os casos nordeste e sudeste foram contabilizadas 217 e 92 homologações, respectivamente, o que representou 100% dos municípios, convergindo com as falas de alguns entrevistados.

No segundo indicador que avaliou se a SES encaminhou para o Ministério da Saúde, os anexos III e IV da portaria do pacto assinados pelo gestor estadual, os entrevistados do caso do norte não souberam informar e por esse motivo a situação foi considerada crítica. Na análise documental não foi identificado nenhum registro do envio, em compensação no diário de campo foi feita a seguinte anotação:

*“No ano de 2006, o pacto da atenção básica ficou no espaço sideral por conta do pacto pela saúde.”* (Coordenador estadual do pacto da atenção básica, entrevistado 8)

Os entrevistados dos casos nordeste e sudeste referiram que a SES encaminhou os dois anexos da pactuação assinados pelo gestor estadual para o MS. As respostas foram validadas pelos documentos encontrados na SES. No caso do sudeste foi encontrado cópia dos ofícios da SES comunicando ao DAB/SAS/MS a aprovação dos anexos na CIB e outro encaminhando os anexos obrigatórios da pactuação ao MS.

A análise documental do âmbito federal acusou o recebimento dos anexos III e IV assinados apenas dos estados MA e RJ, confirmando que o AP não os encaminhou.

### Dimensão técnica

Para o indicador que trata da análise dos anexos antes da homologação e se quando houve discordância a SES solicitou revisão as SMS, os três casos tiveram mérito diferente.

No caso do norte, a situação foi considerada crítica porque três entrevistados responderam que não houve análise dos anexos antes da homologação e outro não recordou.

No caso do nordeste, o indicador foi classificado como bom visto que todos os entrevistados relataram ter havido negociação ou conversas antes da homologação dos anexos. As seguintes falas ilustram esse fato:

*“Sim (...) A gente manda chamar o município para conversar aqui, com os nossos técnicos, exatamente daquela área técnica onde está o*

*problema.*” (Coordenador estadual da Saúde da Família, entrevistado 10)

*“Houve, houve negociação, inclusive eles vieram aqui para mudar...”* (Coordenador estadual do pacto da atenção básica, entrevistado 12)

Dois atores entrevistados fizeram destaque para o nível de conhecimento dos secretários de saúde e que o perfil dos gestores interfere na pactuação, acompanhando esse raciocínio, um deles completou:

*“... sente-se uma fragilidade muito grande (...) fazer o gestor entender o valor de uma pactuação, entender o que é um indicador, é complicado demais.”* (Secretário adjunto de assistência à saúde, entrevistado 11)

Foi relatado também que em 2006 a SES propôs metas para os municípios.

No caso do sudeste recebeu bom como mérito devido ao fato de três entrevistados terem afirmado que a SES analisou os anexos da pactuação e em casos de discordância, solicitou revisão as SMS. Um dos entrevistados foi enfático ao responder que todos os anos têm um vai e vem nesse processo de pactuação e considerou:

*“Na verdade, é uma pactuação normativa, muito endurecida ainda. Poderia ser um processo mais dinâmico mesmo de retroalimentação, de suporte aos municípios, é preciso caminhar ainda mais. Por enquanto é um dever de casa...”* (Secretário Municipal de Saúde, entrevistado 2)

### Dimensão organizacional

O indicador analisado nessa dimensão explorou a questão da descentralização do processo de pactuação do nível central da SES para as instâncias regionais de saúde. Apenas o caso do nordeste recebeu bom como mérito sendo confirmado por todos os entrevistados que as discussões naquele ano foram realizadas por macroregião com todos os municípios do estado.

*“Nós temos regionais, foram trabalhados regionais e as regionais trabalharam seus municípios e nós apoiamos.”* (Secretário adjunto de assistência à saúde, entrevistado 11)

*“Foi (descentralizado) para as três (...) macroregiões do estado (...) então descíamos todos para lá, para junto com a regional trabalhar*

*com os municípios dessas regiões.”* (Coordenador estadual da Saúde da Família, entrevistado 10)

*“...a gente trabalhou muito nessa linha (...) com os gestores das gerências regionais e com os municípios...”* (Coordenador estadual do pacto da atenção básica, entrevistado 12)

No caso do norte, o indicador foi julgado como INDEFINIDO considerando que dois dos quatro entrevistados informaram não existir regionais de saúde no estado e as outras duas respostas foram vagas.

No caso do sudeste, o indicador também foi julgado como INDEFINIDO pelo fato das três respostas dos entrevistados terem sinalizado que por não existirem regionais de saúde naquele estado todo o processo ficou centralizado. Apesar disso, o secretário estadual de saúde destacou que os debates poderiam ter se dado de forma descentralizada e em uma das falas percebeu-se que vontade da equipe em descentralizar existe, mas obstáculos institucionais impediram:

*“A gente sempre teve vontade de ir lá, nos municípios, mas aí a dificuldade é tanta: por conta de diária, de andamento aos processos, o local.”* (Técnica do PAISMCA, entrevistado 1)

Descentralizar um processo seja ele de pactuação ou de outra natureza pressupõe extrapolar os “muros” das estruturas físicas das instâncias regionais de saúde. A respeito dessa questão, percebe-se uma tendência diferente do debate em torno do Pacto pela Saúde no caso do sudeste a partir do seguinte comentário:

*“Em 2006, houve debates regionais para o pacto pela saúde (...) o processo foi todo descentralizado com participação do controle social. Foram feitas reuniões por região do estado (...) incluindo todas as equipes da secretaria até a escola técnica...”* (Secretário Estadual de Saúde, entrevistado 15)

Em relação ao componente homologação o caso do nordeste foi classificado como **totalmente implementado** pois houve predominância de indicadores classificados como BOM para todas as dimensões, **parcialmente implementado** para o caso do sudeste e o caso do norte como **não implementado**.

### **Considerações do âmbito federal**

Para os atores do âmbito federal praticamente 100% dos municípios enviaram os anexos da pactuação para as SES por ser algo que estava normatizado.

Para um dos entrevistados, em 2006, apenas dois dos 5.564 municípios não firmaram o pacto. A análise documental comprovou que um desses municípios estava no caso do norte.

No ano de 2006, o MS recebeu os anexos obrigatórios da pactuação assinados pela maioria dos secretários estaduais de saúde. A respeito desse assunto, os entrevistados fizeram as seguintes considerações:

*“... isso era normatizado. O pacto de indicadores anualmente era feito por cem por cento dos estados. Dificilmente, isso não ocorreu. Alguns municípios um ou dois municípios no Brasil que a gente não conseguia mas, em termos estaduais, sim.”* (Coordenador de acompanhamento e avaliação da atenção básica, entrevistado 14)

*“... Se não me falha a memória foram 17 estados (...) pactuar o processo todos pactuaram (...) eles (os estados) faziam todo o processo no Sispacto e todos tinham (...) que imprimir e assinar (...) Alguns chegavam muito depois do processo, porque tinha que o secretário assinar, passar pela Bipartite no estado. Mas acabava chegando...”* (Técnica da coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica, entrevistado 4)

*“Não. Não acompanhei essa parte.”* (Técnica da área da saúde da mulher, entrevistado 5)

Sobre a ocorrência de análise dos anexos da pactuação dos municípios antes da homologação por parte da SES, os três atores entrevistados foram unânimes ao responder que alguns estados negociavam, outros impunham. Haviam ainda estados indiferentes, ou seja, aceitavam tudo o que os municípios encaminhavam e não questionavam as metas, conforme destacam as falas a seguir:

*“... boa parte dos estados trabalhava com essa análise e fazia esse tipo de discussão com os municípios. Mas não era uma regra geral para todos os estados. Tinham estados que negligenciavam esse processo de trabalho. Mas o processo que foi implantado de discussão, de dinamização do pacto contribuiu muito para que isso fosse melhorando ao longo dos anos. Em termos de adoção por parte do estado dessa metodologia. Agora, divergiam, diferiam muito as formas que cada estado fazia. Alguns estados faziam isso mais internamente outros faziam uma discussão mais plenária com os municípios, isso aí dependia muito do modus operandi de cada*

*secretaria de estado.”* (Coordenador de acompanhamento e avaliação da atenção básica, entrevistado 14)

*“...Entre indiferente ou impunham (...). É difícil avaliar (...) do total de estados, (...) os que analisavam era um pouco mais da metade.”* (Técnica da coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica, entrevistado 4)

Um terceiro entrevistado acredita que predominava em muitos estados um processo “acrítico” onde provavelmente o que vinha do município valia e completou:

*“... Com relação aos estados (...) há uma heterogeneidade colossal no país. (...) tem estados como São Paulo, Rio Grande do Sul, que questionam o que a gente coloca e propõem outros indicadores, propõem outro formato de avaliar; o estado de SP até criou um software específico dele (...) Outros estados só dizem amém para o que vêm do ministério, eles não têm massa crítica para refletir (...) muitos desses estados nem conseguiram compreender qual era o espírito do pacto. Como vem do ministério eles reproduzem, basicamente.”* (Técnica da área da saúde da mulher, entrevistado 5)

No âmbito do MS foram feitas análises e ocorreram discordância em relação a algum dos anexos enviados pelas SES e negociação com alguns estados para mudanças antes da homologação dos anexos pelo MS. Para um dos entrevistados, esse movimento foi fruto da implantação de um processo construtivo de pactuação que era de aprimoramento pois o pacto também serviu como uma estratégia de institucionalização da avaliação, de melhoria da qualidade técnica dos profissionais das secretarias estaduais, em monitoramento e avaliação.

Para outro entrevistado, o contato era feito com os estados a fim de obter explicações levando-se em consideração a governabilidade do gestor para aquele indicador, em caso de metas discrepantes ou que estivessem aquém ou além.

Os três entrevistados negaram que o MS tenha descentralizado o processo de pactuação para os escritórios regionais em 2006. A fala a seguir ilustra a relação entre nível central do MS e destaca as equipes de referência para esse processo nos estados:

*“... os escritórios regionais do Ministério não têm muito esse papel (...) do pacto com os estados (...) era direto, Ministério com o estado (...) mais com a coordenação da atenção básica nas SES(...) A coordenação do pacto na maioria dos estados estava na atenção básica(...) Na maioria das vezes era a mesma coordenadora da*

*atenção básica (...) Às vezes, os estados maiores tinham uma coordenação específica para o pacto (...) às vezes era até uma pessoa do planejamento, era raro mas tinha, do controle e avaliação (...), mas no geral, a grande maioria, era o mesmo coordenador da atenção básica que coordenava o pacto no estado ou então uma pessoa da equipe da atenção básica.” (Técnica da coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica, entrevistado 4)*

Foi questionado também se era do conhecimento dos entrevistados que de modo geral as SES tivessem descentralizado o processo de pactuação para instâncias regionais. Dois não tinham lembrança e apenas um confirmou que a maioria dos estados tinha regionais das secretarias estaduais de saúde e trabalharam com essas instâncias no processo de pactuação dos indicadores, a exemplo de São Paulo e Minas Gerais. Foi destacado que no Sispacto existia também senha de acesso para a regional avaliar com seus municípios e depois a regional repassava para o estado. Esse ator reconheceu ainda que em alguns estados as regionais não existiam e, em outros, mesmo existindo, o processo não era descentralizado. Foi possível perceber também por uma das falas que as áreas técnicas do MS se relacionavam mais com seus pares nos estados, mas que havia desconhecimento da participação das instâncias regionais.

#### **Componente 4: Monitoramento e avaliação no processo de pactuação dos indicadores da atenção básica**

O componente monitoramento e avaliação está relacionado ao acompanhamento do processo de pactuação dos indicadores dos estados e municípios até a etapa de homologação por meio de assessoria e relatórios do Sispecto; ao acompanhamento e avaliação dos indicadores pactuados em relação às meta firmadas; à elaboração e execução de plano de monitoramento e avaliação para os indicadores pactuados.

Para esse componente foram analisados três indicadores, um para cada dimensão do contexto institucional.

**Quadro 13 - Matriz de avaliação: COMPONENTE MONITORAMENTO & AVALIAÇÃO**

COMPONENTE	DIMENSÕES ESTRATÉGICAS DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DAS SES											
	POLÍTICA				TÉCNICA				ORGANIZACIONAL			
	INDICADOR	JULGAMENTO			INDICADOR	JULGAMENTO			INDICADOR	JULGAMENTO		
		CASO DO NORTE (AP)	CASO DO NORDESTE (MA)	CASO DO SUDESTE (RJ)		CASO DO NORTE (AP)	CASO DO NORDESTE (MA)	CASO DO SUDESTE (RJ)		CASO DO NORTE (AP)	CASO DO NORDESTE (MA)	CASO DO SUDESTE (RJ)
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO		CRÍTICO	BOM	BOM		INDEFINIDO	CRÍTICO	INDEFINIDO		INDEFINIDO	CRÍTICO	CRÍTICO
	A SES articulou com gestores municipais a importância do monitoramento e avaliação do pacto	(A SES não articulou com gestores municipais)	(A SES articulou com todos os gestores municipais na CIB e pelas regionais)	(Articulou na CIB)	A SES fez o monitoramento e avaliação do que foi pactuado em 2006 pelos municípios	(Monitoramento não realizado. Avaliação feita apenas no período da pactuação do ano seguinte)	(Prevalceram as respostas negativas dos entrevistados)	(Duas respostas negativas, uma resposta vaga e outra indefinida)	A SES elaborou plano de monitoramento e avaliação para os indicadores pactuados pelo estado	(Duas respostas no sentido da elaboração e duas da não elaboração)	(A SES não elaborou plano)	(A SES não elaborou plano)



## Dimensão política

Para o indicador “a SES articulou com gestores municipais a importância do monitoramento e avaliação do pacto no ano de 2006”, o resultado foi CRÍTICO no caso do norte e BOM no caso do nordeste e do sudeste.

No caso do norte a situação foi considerada crítica porque a maior parte dos entrevistados referiu que não houve esse tipo de articulação, tendo um deles lamentado o fato. O secretário adjunto municipal de saúde fez o seguinte comentário:

*“Acho que essa é uma área que tem uma deficiência muito grande no estado, tanto do estado quanto dos municípios, essa questão da avaliação da atenção básica (...) O estado também tem dificuldade para fazer isso (...) Não existe um trabalho de monitoramento contínuo. Não existe mesmo.”* (Secretário adjunto municipal de saúde, entrevistado 7)

No caso do nordeste, o indicador foi julgado como bom visto que todos os entrevistados informaram que houve articulação do gestor estadual ou do seu representante legal no momento da apresentação do pacto na CIB e nas regionais de saúde, de acordo com as falas de três dos entrevistados:

*“Com certeza, com certeza.”* (Secretário adjunto de assistência à saúde, entrevistado 11)

*“É (...) no momento da apresentação do pacto, na CIB. Os membros do COSEMS são os secretários municipais que participam da CIB, com certeza se articularam com o secretário.”* (Coordenador estadual da Saúde da Família, entrevistado 10)

*“É. Nesse momento (...) o secretário (...) quem estava mais diretamente era o adjunto (...) a gente falava essa questão: a importância de estar monitorando...”* (Coordenador estadual do pacto da atenção básica, entrevistado 12)

No caso do sudeste, o indicador também foi considerado bom porque três dos quatro entrevistados informaram que houve articulação e debate sobre monitoramento e avaliação do pacto da atenção básica na CIB pelo gestor estadual ou seu representante legal.

*“... quem ia à CIB muitas vezes não era o próprio gestor, era o subsecretário. E esse subsecretário, que era do desenvolvimento do sistema de saúde, também estava dentro do setor dele a coordenação do monitoramento e avaliação da atenção básica (...) Então (...) ele*

*discutia monitorar, acompanhar e avaliar.”* (Coordenador estadual do PACS/PSF, entrevistado 3)

Para um dos atores, os seguintes trechos sugerem que supervisão e monitoramento têm o mesmo significado, como se fossem sinônimos:

*“... Esse é um apontamento que é sempre colocado, (...) alguns programas são mais próximos aos municípios. Normalmente trazem debates na CIB de casos como tuberculose, hanseníase, são mais freqüentes em suas descentralizações, em suas visitas aos municípios de supervisão para acompanhamento ou com reuniões mais centralizadas (...) Tem algumas supervisões do estado ao longo do ano, principalmente da Programação de Ações Prioritárias (PAP) com mais freqüência pela questão (...) da criação dos núcleos descentralizados de vigilância em saúde (...) o monitoramento da Programação Pactuada e Integrada da vigilância, que agora é PAP, tem sido mais freqüente.”* (Secretário Municipal de Saúde, entrevistado 2)

Foi feito também um comentário no sentido de que quando os municípios tinham um grau de organização para monitorar e definir estratégias não havia problemas, se não, sempre aguardava a pactuação do próximo ano.

#### Dimensão Técnica

Nessa dimensão investigou-se por meio do indicador selecionado se a SES fez monitoramento e avaliação do que foi pactuado pelos municípios no ano de 2006.

Para dois casos avaliados, o julgamento foi indefinido e para um deles a situação foi considerada crítica.

No caso do norte, onde o indicador foi classificado como indefinido, dois atores disseram que não foi cumprido, outro informou que sim e um quarto informou que o monitoramento não foi realizado pela SES sendo a avaliação feita apenas no momento da pactuação do ano seguinte. Esse último fator foi o diferencial entre o crítico e o indefinido. Seguindo o padrão de julgamento explicitado na matriz de avaliação, só poderia considerar crítico caso a SES não tivesse realizado nem monitoramento nem avaliação.

No caso do nordeste, três dos quatro entrevistados responderam que não houve monitoramento nem avaliação do pacto dos indicadores e por esse motivo julgou-se crítica a situação.

No caso do sudeste, o indicador ficou indefinido porque duas respostas foram no sentido negativo, outra resposta foi vaga e o quarto entrevistado não soube informar.

### Dimensão Organizacional

Nessa dimensão, o indicador utilizado foi se a SES tinha plano concreto para monitorar e avaliar o que o estado pactuou no ano de 2006.

No caso do norte, a situação ficou indefinida porque houve divergência nas respostas. Para dois dos entrevistados, o plano foi elaborado, no entanto um referiu não ter sido executado. Para outros dois, o plano não foi elaborado, conforme o trecho a seguir:

*“Não. Normalmente o estado chama os municípios em reunião da CIB e apresenta o que foi pactuado e o que foi alcançado. Mas é uma análise pontual. No outro ano já. Não existe esse monitoramento. Trabalho de monitoramento não existe.”* (Secretário adjunto municipal de saúde, entrevistado 7)

No caso do nordeste, a situação foi considerada crítica porque a SES não elaborou um plano de monitoramento e avaliação do pacto de indicadores da atenção básica, segundo a maioria dos entrevistados. Todavia, foi citado que ações foram implementadas para melhoria de alguns indicadores, com destaque para a área da mulher. O trecho a seguir ilustra essa afirmação:

*“Não, não tinha assim um plano concreto (...). Nós trabalhamos muito a questão de alguns indicadores pensando na melhoria de qualidade de vida, assim, sempre com essa preocupação, principalmente na área da mulher (...) algumas ações foram voltadas para melhoria de alguns indicadores.”* (Coordenador estadual do pacto da atenção básica, entrevistado 12)

No caso do sudeste, o indicador também foi considerado crítico porque, a partir das respostas dos entrevistados, identificou-se que não existia um plano de monitoramento e avaliação no estado para o pacto. Dos três atores da SES dois referiram que não, um deles não tinha certeza e o seguinte comentário foi tecido pelo secretário municipal:

*“Não posso afirmar que não haja escrito, mas na prática não houve. O ano de 2006 para a secretaria estadual foi uma tragédia (...) Foi um ano de final de gestão (...) uma secretaria completamente fragmentada, as pessoas queriam ir embora. Foi um ano que se*

*perdeu eleição, mudou a gestão estadual, em 2007 assumiu uma nova gestão. Então, 2006 foi um ano muito largado (...) uma secretaria loteada (...) pertencia a várias facções dentro do governo, uma governabilidade baixíssima do secretário.”* (entrevistado 2)

O Componente monitoramento e avaliação foi considerado como **não implementado** para os três casos, pois nenhum deles alcançou a classificação BOM em pelo menos duas dimensões.

### **Considerações do âmbito federal**

Para os atores do MS, a coordenação nacional do pacto se articulou com os secretários estaduais de saúde para divulgar a importância de monitorar e avaliar o que foi pactuado para o ano de 2006 em várias oportunidades, inclusive nas discussões dos planos estaduais de monitoramento e avaliação da atenção básica, produto esperado do componente fortalecimento da capacidade técnica das SES em M&A na AB, onde o pacto deveria estar contemplado. Segundo um dos entrevistados, a elaboração desses planos consistia numa meta do projeto de expansão e consolidação da saúde da família - Proesf, no entanto o mesmo não soube informar se isso foi cumprido por todos os estados apesar de haver essa previsão. Outro entrevistado afirmou a existência desses planos em algumas SES.

Contudo, a articulação pode não ter sido realizada com todas as áreas técnicas do MS envolvidas, conforme pode ser observado no trecho a seguir:

*“Eu acho que vai também da forma como são definidas as prioridades dentro da área técnica. O que a área técnica costuma privilegiar (...) Eu considero muito importante o pacto. Na verdade, ele é a essência do SUS, tanto o pacto da atenção básica primeiro como esse pacto de gestão. Mas se você tem conduções, gerentes e áreas técnicas que têm outras prioridades, por exemplo, trabalhar com os movimentos sociais, então, muda um pouco a dinâmica e aí (...) vai tocando (...) o trabalho nas frentes consideradas prioritárias.”* (Técnica da área da saúde da mulher, entrevistado 5)

Para um dos entrevistados o MS tinha plano concreto para monitorar e avaliar o que os estados pactuaram no ano de 2006 formalizados por meio de instrumentos e estratégias para isso. Outro entrevistado considerou que seria o próprio pacto da atenção básica e que era trabalhado uma vez por ano, semelhante ao encontrado na maioria dos casos estudados. O terceiro entrevistado comentou que ficava a cargo das áreas técnicas,

podendo-se considerar que se fazia pouco monitoramento e avaliação do pacto, que era mais no momento final quando se avaliava o ano anterior e se cumpriu ou não a meta. Das respostas, destaca-se o seguinte trecho:

*“Isso (...) era uma grande falha do pacto que (...) até hoje é uma dívida (...) com o pacto, é esse processo de monitoramento e avaliação do nível federal e sabe-se que isso reflete muito nos estados (...) muito do que é feito aqui, dos processos, reflete nos estados fazerem ou não.”* (Técnica da coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica, entrevistado 4)

## DISCUSSÃO

**Quadro 14 – Quadro síntese dos resultados da avaliação dos componentes do Pacto de Indicadores da Atenção Básica**

CASOS	CASO DO NORTE – AP	CASO DO NORDESTE – MA	CASO DO SUDESTE - RJ
<b>COMPONENTE: ARTICULAÇÃO/ MOBILIZAÇÃO</b>			
<b>DIMENSÃO POLÍTICA</b>	Predomínio de indicadores classificados como BOM	Predomínio de indicadores classificados como BOM	Sem predominância de indicadores
<b>DIMENSÃO TÉCNICA</b>	Predomínio de indicadores classificados como BOM	Predomínio de indicadores classificados como BOM	Sem predominância de indicadores
<b>DIMENSÃO ORGANIZACIONAL</b>	Sem predominância de indicadores	Predomínio de indicadores classificados como BOM	Sem predominância de indicadores
<b>AValiação DO COMPONENTE</b>	<b>PARCIALMENTE IMPLEMENTADO</b>	<b>TOTALMENTE IMPLEMENTADO</b>	<b>PARCIALMENTE IMPLEMENTADO</b>
<b>COMPONENTE: PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO</b>			
<b>DIMENSÃO POLÍTICA</b>	Indicador classificado como BOM	Indicador classificado como INDEFINIDO	Indicador classificado como INDEFINIDO
<b>DIMENSÃO TÉCNICA</b>	Predomínio de indicadores classificados como CRÍTICO	Sem predominância de indicadores	Predomínio de indicadores classificados como INDEFINIDO
<b>DIMENSÃO ORGANIZACIONAL</b>	Indicador classificado como INDEFINIDO	Indicador classificado como INDEFINIDO	Indicador classificado como INDEFINIDO
<b>AValiação DO COMPONENTE</b>	<b>NÃO IMPLEMENTADO</b>		
<b>COMPONENTE: HOMOLOGAÇÃO</b>			
<b>DIMENSÃO POLÍTICA</b>	Sem critérios para julgamento de mérito	Predomínio de indicadores classificados como BOM	Predomínio de indicadores classificados como BOM
<b>DIMENSÃO TÉCNICA</b>	Indicador classificado como CRÍTICO	Indicador classificado como BOM	Indicador classificado como BOM
<b>DIMENSÃO ORGANIZACIONAL</b>	Indicador classificado como INDEFINIDO	Indicador classificado como BOM	Indicador classificado como INDEFINIDO
<b>AValiação DO COMPONENTE</b>	<b>NÃO IMPLEMENTADO</b>	<b>TOTALMENTE IMPLEMENTADO</b>	<b>PARCIALMENTE IMPLEMENTADO</b>
<b>COMPONENTE: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>			
<b>DIMENSÃO POLÍTICA</b>	Indicador classificado como CRÍTICO	Indicador classificado como BOM	Indicador classificado como BOM
<b>DIMENSÃO TÉCNICA</b>	Indicador classificado como INDEFINIDO	Indicador classificado como CRÍTICO	Indicador classificado como INDEFINIDO
<b>DIMENSÃO ORGANIZACIONAL</b>	Indicador classificado como INDEFINIDO	Indicador classificado como CRÍTICO	Indicador classificado como CRÍTICO
<b>AValiação DO COMPONENTE</b>	<b>NÃO IMPLEMENTADO</b>		

No quadro 14 apresentamos a síntese dos resultados da avaliação do pacto de indicadores da atenção básica de 2006 e nessa discussão buscamos confrontá-los com as características dos pólos burocrático e dinamizador descritos por Medina et al (2000).

Na análise geral as características referentes aos componentes articulação e mobilização e homologação foram as que mais se aproximaram daquelas descritas para um pacto **dinamizador**, com predomínio de indicadores classificados como bom.

Os componentes de produção da informação e monitoramento e avaliação apresentaram características próximas às descritas para pactos burocráticos, com a maioria dos indicadores classificados como críticos ou indefinidos.

O componente articulação e mobilização foi totalmente implementado no caso do nordeste com predomínio de indicadores classificados como BOM para as três dimensões analisadas. Apenas nesse estado a coordenação estadual do pacto mobilizou todas as coordenações técnicas para discutir os indicadores e as instâncias de gestão do

SUS e de articulação entre setores estratégicos das SES participaram do processo de definição de metas contemplando uma das características do pólo dinamizador onde há integração da pactuação ao processo de trabalho dos setores estratégicos.

Esse componente foi avaliado como parcialmente implementado nos casos do norte e do sudeste.

Nos casos norte e nordeste foram realizadas atividades pelas SES para articular os municípios para a definição das metas a serem pactuadas, discutir os indicadores do pacto e assessorar todas as SMS, características que se aproximam do pólo **dinamizador**.

No caso do sudeste, não houve predominância de indicadores nas três dimensões avaliadas. No RJ, o processo apresentou-se mais normativo, com características de pólo **burocrático**, pois não houve debate das metas e resultados alcançados ano anterior no âmbito da CIB, não foram negociadas atividades chaves para alcance das metas desejadas para o estado e foram feitas poucas articulações com os municípios para definição de metas.

Nos casos do norte e do sudeste, houve participação pontual de algumas áreas no processo de pactuação, entretanto estas não participaram da definição de prioridades. Essas características estão presentes no pólo **burocrático**.

No que diz respeito à visibilidade e credibilidade do pacto perante as instâncias deliberativas do SUS, o pacto de indicadores da atenção básica em 2006 revelou-se **potencialmente** dinamizador nos três casos estudados. No caso do nordeste houve inclusão na pauta, apresentação e debate de resultados anteriores e discussão das novas metas em reunião da CIB. No caso do norte houve discussão das novas metas e no caso do sudeste houve apenas apresentação das metas sem ter ocorrido debate.

O componente produção da informação não foi implementado nos três casos estudados tendo sido aquele onde predominou o maior número de indicadores classificados como indefinido, nas três dimensões avaliadas e em especial na dimensão organizacional.

Nesse componente apenas o caso do norte referiu ter utilizado informações técnicas e ou resultados de estudos científicos para tomada de decisão em relação às metas a serem pactuadas. Isso, no entanto não permite caracterizar o processo como dinamizador no caso do norte.

A portaria ministerial foi o único documento referente ao pacto de indicadores da atenção básica citado repetidamente, tendo orientado todas as etapas do processo reforçando o predomínio de uma visão cartorial.

A avaliação evidenciou que o Ministério da Saúde - tal qual identificado nos casos estudados - não elaborou documento com análise dos indicadores da atenção básica, tendo disponibilizado apenas planilhas com os resultados alcançados em anos anteriores, o que caracterizou a adoção de comportamento **burocrático** nesse componente.

O componente homologação foi totalmente implementado no caso do nordeste onde a maioria dos indicadores foi classificada como bom, como parcialmente implementado no caso do sudeste e não implementado no caso do norte. Apenas as SES dos casos do nordeste e do sudeste analisaram os anexos antes da homologação dos pactos municipais e quando houve discordância solicitaram revisão às SMS.

O componente monitoramento e avaliação não foi implementado nos três casos estudados. O pacto não foi utilizado como um instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de atenção básica pelos municípios e tampouco as SES elaboraram plano de monitoramento e avaliação para os indicadores pactuados pelo estado. Segundo os entrevistados a avaliação era feita apenas no período que antecedia cada nova pactuação, ou seja, uma vez por ano. Portanto as atividades de M&A quando ocorreram foram pontuais e não efetivas, reiterando o aspecto **burocrático** desse componente do pacto para os três casos.

Nos casos do nordeste e do sudeste houve um movimento das SES no sentido de articular com gestores municipais a importância do M&A do pacto a fim de contribuir com a institucionalização dessas práticas, sendo a CIB o espaço privilegiado para essa articulação.

Observa-se nos resultados que a supervisão é referida como sinônimo de monitoramento sem que haja uma compreensão dos pressupostos necessários para aproximação entre essas duas atividades.

Não se encontrou incorporado no discurso dos atores entrevistados a compreensão de que a supervisão para cumprir a função de monitoramento precisa ser rotineira, contar com recursos financeiros e com pessoal qualificado, utilizar os mesmos materiais e métodos para coleta de dados ou de informações prioritárias, permitir a comparação entre períodos distintos e proporcionar evidências para tomadas de decisão rápidas e oportunas para redirecionamento das ações em desenvolvimento (Contandriopoulos, 1999; Brasil, 2004; Brasil, 2006).

Em 2004, os secretários de saúde chegaram a um consenso para superar as dificuldades relativas ao acompanhamento, controle, regulação e avaliação da atenção básica. Eles decidiram que deveriam qualificar a celebração do pacto de indicadores da



atenção básica, utilizando-o como instrumento pedagógico de avaliação e acompanhamento desse nível de atenção. Foi referido ainda que o pacto necessitava de revisão e aprimoramento para somar-se às iniciativas de monitoramento e avaliação das SES, uma vez que sua utilização era feita de forma pontual e o processo não era homogêneo em todos os estados. Entretanto, como demonstra esse estudo os propósitos consensuados não foram cumpridos para o pacto de indicadores da atenção básica em 2006 (Brasil, 2004).

Documentos analisados descreviam as principais dificuldades relatadas para incorporação do pacto como instrumento de monitoramento e avaliação da atenção primária e como ferramenta de planejamento tais como a fragmentação das ações nas SES e dos sistemas de informação em saúde; dificuldades de acesso à internet; baixo grau de qualificação das equipes técnicas municipais, regionais e estaduais; a liberação tardia da agenda do pacto pelo MS para as SES; dificuldades dos diferentes níveis de gestão em compreender e ou utilizar o pacto como instrumento de gestão e avaliação; o não envolvimento das equipes locais (coordenações municipais, equipes de saúde) na definição das metas dificultando o acompanhamento; pouca articulação do MS com os estados no repasse de informações aos municípios e a não utilização de outros indicadores prioritários para a saúde coletiva (Brasil, 2004). Os resultados desse estudo corroboram que a maioria das dificuldades identificadas na análise documental continuava presente em 2006.

Ainda em relação às atividades de monitoramento, controle e avaliação, o DAB do MS fomentou o fortalecimento da capacidade técnica das SES em ações de M&A na Atenção Básica por meio do Proesf, entretanto identifica-se nessa avaliação que estas funções não foram suficientemente compreendidas pelas equipes das secretarias estaduais.

A dinâmica interna das secretarias de saúde é importante uma vez que o processo de implantação de uma intervenção deve envolver a participação de diversos profissionais, promover a integração destes com os gestores de forma que o desenvolvimento das relações interpessoais se torne um resultado relevante, aspecto essencial para o êxito de pactos firmados entre gestores (Vieira da Silva, 2005).

O conceito de dimensão política adotada neste trabalho traz à tona tensões na relação intra e entre as três esferas de gestão do SUS. Considerando a organização federativa do Estado brasileiro, em que cada ente é autônomo e soberano, o processo de pactuação convive permanentemente com "barganhas federativas". Adicionando ao federalismo as enormes desigualdades estruturais e administrativas entre seus partícipes

e a dimensão territorial do país, processos dessa natureza no federalismo brasileiro pressupõem a presença ou a ausência de incentivos federais e estaduais, o consentimento e a adesão de estados e municípios e a capacidade de coordenação das políticas entre os níveis de governos, sempre envolvendo intensas negociações (Arretche, 2001).

Destaca-se dentre os resultados dessa avaliação a falta de discussão do pacto de forma descentralizada, tendo como justificativa a ausência de regionais de saúde. Numa federação constituída por alguns estados e milhares de municípios com baixa capacidade fiscal, administrativa, técnica e política para gerenciar políticas sociais complexas - com graves déficits estruturais e institucionais - a ação deliberada dos níveis superiores de governo, com uma estrutura de incentivos eficaz, pode remover ou diminuir os obstáculos para a implementação de iniciativas como o pacto de indicadores da atenção básica por meio de estratégias que permitam que debates se dêem de forma descentralizada (Arretche, 2001).

A baixa implementação de alguns componentes do processo de pactuação dos indicadores da atenção básica foi considerado - principalmente nas entrevistas com atores do nível federal - como sendo de responsabilidade dos estados sem o reconhecimento de que caberiam ao Ministério da Saúde tarefas concretas nesse processo.

Outro aspecto descoberto na análise documental no MS foi a importância da articulação do pacto com outros instrumentos de programação e pactuação existentes, a exemplo da programação pactuada e integrada da vigilância em saúde, termo utilizado na época, tendo sido relatada apenas por atores do caso do sudeste. O Pacto pela Saúde assume na atualidade o papel integrador na perspectiva de superar a fragmentação de processos de pactuação de metas.

O pressuposto de que o pacto seria uma iniciativa sem conseqüências não se confirmou uma vez que os resultados evidenciaram que mais de 70% dos municípios dos casos avaliados cumpriram as etapas de envio dos “papéis” exigidos. Embora os atores das SES entrevistados tenham utilizado como argumento para o cumprimento das exigências a possibilidade de suspensão dos recursos do PAB fixo, não foi constatado que durante o período da existência do pacto da atenção básica algum município ou estado tenha sido penalizado por não ter alcançado suas metas ou não ter firmado o pacto.

Ficou evidente na avaliação a importância das SES terem uma coordenação para conduzir processos de pactuação, visto que os casos estudados que tiveram os

componentes do pacto melhor implementados tiveram estrutura formal e receberam apoio institucional para realização de atividades a nível municipal.

Embora o pacto seja um instrumento formal de negociação não significa necessariamente que o processo seja desencadeado de forma burocrática. Os resultados dessa pesquisa revelam as vantagens da presença de características do pólo dinamizador. Considerar o pacto a essência do SUS, conforme relatado por um dos entrevistados pressupõe compreender a permanente negociação entre os diversos entes federados da gestão do SUS, um processo que deve ser legítimo, fruto de uma construção coletiva e da adesão dos atores envolvidos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIÇÕES APRENDIDAS

O processo de pactuação desencadeado no âmbito estadual se apresentou de forma heterogênea no ano de 2006 nos três casos estudados. No caso do norte, o componente articulação e mobilização estava parcialmente implementado, no entanto os componentes produção da informação, homologação e monitoramento e avaliação foram classificados como não implementados. No caso do nordeste, os componentes articulação e mobilização e homologação estavam totalmente implementados porém o mesmo não foi observado nos componentes produção da informação e monitoramento e avaliação, classificados como não implementados. No caso do sudeste os componentes articulação e mobilização e homologação estavam parcialmente implementados e os componentes produção da informação e monitoramento e avaliação não implementados. De um modo geral, o componente que obteve resultados melhores foi o da articulação e mobilização.

As dimensões do contexto institucional das SES se comportaram de forma diferenciada dentro dos componentes. A dimensão política obteve bons resultados em três componentes, exceto no referente a produção da informação. Os resultados da dimensão técnica evidenciaram variações importantes entre os componentes. Na dimensão organizacional predominou indicadores indefinidos revelando a falta de clareza e de institucionalização do pacto de indicadores da atenção básica nos casos estudados.

O processo de pactuação apresentou de modo geral, características de um pacto dinamizador no aspecto da visibilidade e credibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS, de desenvolvimento de práticas que fortalecem a municipalização do SUS e de processos de trabalho integrados entre os setores estratégicos. Mas em outros aspectos ainda foram predominantes características de pactos burocráticos, ou seja, pacto entendido como uma demanda do ministério aos estados e municípios, pontual, fragmentado e sem efetivo monitoramento por parte dos gestores das três instâncias do SUS.

Os resultados encontrados nesse estudo pelas limitações metodológicas, devido ao pequeno número de casos e realização em apenas três regiões do país, não têm validade externa.

Em síntese, o presente estudo revelou a subutilização do pacto, evidenciada nos baixos resultados nos indicadores pactuados, como instrumento para melhoria no

desempenho dos serviços da atenção básica que repercutam sobre a situação de saúde da população.

Para reforçar o caráter pedagógico e formativo dessa avaliação apresentam-se recomendações específicas para o nível federal e estadual que possam servir de objetos de reflexão para os sujeitos envolvidos em processos de pactuação semelhantes ao do pacto da atenção básica considerando que esse não mais existe de forma isolada, o que há de mais recente é o Pacto pela Saúde e suas três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e de Gestão.

Recomendações ao Ministério da Saúde:

- Desenvolver estratégias efetivas para utilização do pacto como instrumento de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde em âmbito nacional;
- Monitorar a pactuação dos estados a fim de garantir que as SES façam o registro no Sispecto e enviem os relatórios de pactuação assinados pelos gestores estaduais;
- Acompanhar o desempenho de estados e municípios tomando como base as metas pactuadas e assessorá-los no período da pactuação e pós-homologação;
- Promover debates com gestores estaduais acerca dos resultados de indicadores pactuados e atividades chaves para o cumprimento de metas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e em outras oportunidades;
- Rever os prazos da pactuação e da publicação das portarias que regulamentam esses processos e garantir a participação dos representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde na etapa de definição;
- Elaborar e divulgar documentos contendo análise dos indicadores e do desempenho da união, dos estados e eventualmente dos municípios, no que se refere ao cumprimento das metas pactuadas e das ações desenvolvidas;
- Fortalecer com capacitações reconhecidamente efetivas, o desempenho avaliativo de técnicos dos setores estratégicos do nível federal;
- Investir com recursos financeiros no fortalecimento do papel das SES em ações de monitoramento e avaliação;
- Capacitar representantes das câmaras técnicas do CONASS para realizarem monitoramento dos indicadores junto aos secretários estaduais de saúde e fazerem as cobranças/articulações necessárias;
- Elaborar e divulgar documentos referentes ao pacto de indicadores da atenção básica para subsidiar o Pacto pela Vida e de Gestão;
- Garantir a participação de representantes do Conselho Nacional de Saúde nas

discussões e definições das prioridades, objetivos, metas e indicadores no Pacto pela Saúde.

Recomendações às Secretarias Estaduais de Saúde:

- Garantir a participação do gestor estadual e seu representante legal nas discussões em torno dos indicadores pactuados;
- Motivar os gestores municipais a envolverem as equipes locais (coordenações municipais, equipes de saúde) na definição das metas;
- Garantir o planejamento das ações tomando como base os indicadores, as metas pactuadas e o tempo para cumprimento destas;
- Promover debates descentralizados com os gestores municipais acerca de resultados de indicadores pactuados;
- Negociar atividades chaves para o alcance das novas metas pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite ou em outras oportunidades, garantindo a participação de técnicos relacionados ao processo;
- Apresentar e discutir os resultados dos indicadores do pacto em reuniões do Conselho Estadual de Saúde garantindo a participação de técnicos relacionados ao processo;
- Promover discussões sobre concepção e abordagem do monitoramento e da avaliação, possibilitando a participação efetiva de atores das SES e das SMS;
- Estabelecer canais de comunicação entre aqueles que coordenam as atividades de avaliação e os que gerenciam os sistemas de informação em saúde;
- Definir uma coordenação ou equipe de referência para o processo de pactuação;
- Garantir as condições necessárias para que coordenação ou equipes de referência para o processo de pactuação possam desenvolver as atividades de apoio técnico aos municípios;
- Elaborar planos de ação de monitoramento e avaliação;
- Monitorar os indicadores após a etapa de homologação das metas pactuadas pelo estado e municípios;
- Descentralizar os Sistemas de Informação em Saúde de modo a ampliar a capacidade da gestão da informação dos municípios;
- Articular com os municípios a definição de novas metas bem como analisar os relatórios/anexos de pactuação;
- Divulgar os instrumentos normativos (portarias) que regulamentam o processo de pactuação do ano em curso para os municípios através dos diversos meios de comunicação disponíveis.

Por fim destacamos que a principal lição aprendida nesse estudo foi a de que atuar como avaliador interno exige um enorme esforço, que muitas vezes não se alcançou nesse estudo, de se distanciar do objeto para com ele não se confundir, para ter isenção na coleta e análise de dados, além de formação que proporcione domínio de técnicas da pesquisa qualitativa.

## REFERÊNCIAS

1. Sousa MF, Fernandes AF, Araújo CL, Fernandes MC. Gestão da Atenção Básica: redefinido contexto e possibilidades. *Divulgação Saúde em Debate* 2000; 21: 7-14.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica. Brasília: MS; 1999.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da atenção básica. In: \_\_\_\_\_. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde em nível local. Brasília: OPAS; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. *Rev Bra Saúde Materno-Infantil* 2003; 3(2): 221-224.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília: MS; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília: MS; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 493. *Diário Oficial da União* 2006; 4 jun.
8. Branco MAF. 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.
9. Bahia. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Planejamento e Descentralização e Superintendência de Regulação. *Programação da Atenção Básica 2006: manual de orientação*. Salvador: SESAB; 2006.



10. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) no Ceará 2003; Fortaleza: SESA, 2005. 3.
11. Felisberto E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. Rev Bra de Saúde da Família 2004. Edição Especial. Brasília.p.25-29.
12. Medina MG, Aquino R, Carvalho ALB. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. Divulgação em Saúde para Debate 2000; 21: 15-28.
13. Dantas de Sá MGN, Menezes RCE, Martins VFM, Lima OCC, Lins MCFS. O processo de construção do pacto da atenção básica: o caso de Salgueiro. Centro e Ciências da Saúde. Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Desenvolvimento Social. [ CD ROM].Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2004.
14. Varela OS. Indicadores sociais no processo orçamentário no setor público municipal de saúde: estudo de caso [tese]. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo; 2005. [acessado 2006 Aug 30]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informe da Atenção Básica nº 1. Brasília: MS; 2000.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informe da Atenção Básica nº 9. Brasília: MS; 2001.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informe da Atenção Básica nº 14. Brasília: MS; 2001.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informe da Atenção Básica nº 19. Brasília: MS; 2003.
19. Estado do Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo de avaliação e monitoramento da atenção básica. Pacto dos indicadores da atenção básica. Oficina macrorregional. 2006. 1 folder.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Nota Técnica acerca do adiamento de prazo para pactuação dos indicadores da atenção básica e alteração no instrutivo de indicadores. Brasília; 2006.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília; 2003.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Relatório final da oficina nacional: a avaliação da atenção básica e o processo de pactuação dos indicadores. Brasília; 2003.
23. Vieira da Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA e Vieira da Silva LM. (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.p.15-39.
24. Worthen BR, Sanders R, Fitzpatrick JL. Avaliações centradas na administração. In: \_\_\_\_\_. Avaliação de programas sociais: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente; 2004; 6:151-163.
25. Santos EM, Hartz ZMA, Natal S, Sabroza P, Barbosa A, Pascon ARP. Avaliação dos programas de controle da malária, dengue, tuberculose e hanseníase na Amazônia Legal: uma proposta de concepção teórica e metodológica comum aos processos endêmicos. In: Santos EM, Natal S (Orgs). Dimensão técnico-operacional. Unidade didático-pedagógica: Modelo lógico do programa. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005.p.75-81.
26. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (Org). Avaliação em Saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.p.29-47.

27. Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.p.19-38.
28. Víctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Metodologias Qualitativa e Quantitativa. In:\_\_\_\_\_ Pesquisa Qualitativa em Saúde. Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.p.33-44.
29. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA e Vieira da Silva LM. (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.p.41-63.
30. Costa MCN, Mota ELA, Paim JS, Teixeira MG, Mendes CMC. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. Rev Saúde Pública 2003; 37(6): 699-706.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.
32. Arretche M. Sobre as relações entre descentralização e federalismo. Rev Bra Ciências Sociais 2001; 16(45).
33. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária: Seminário do Conass para construção de consensos. Brasília: CONASS; 2004; 2: 44 p.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Oficina Curta de Monitoramento e Avaliação [CD ROM]. Brasília; 2006.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 122. Diário Oficial da União 2004; 10 jul.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 491. Diário Oficial da União 2005; 31 mar.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1471. Diário Oficial da União 2006; 10 jul.

# APÊNDICES

Apêndice 1

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

**PROJETO DE PESQUISA: Avaliação da implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil**

O presente estudo tem por objetivo avaliar o processo de pactuação dos indicadores da atenção básica desencadeado no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde no ano de 2005. Visa sistematizar o conhecimento acerca desse processo, identificar os fatores do contexto institucional que o influenciam e as estratégias que possam contribuir com a pactuação, o monitoramento e a avaliação dos indicadores do pacto pela saúde.

Serão examinados dados institucionais disponíveis em documentos como relatórios técnicos e gerenciais, planilhas de pactuação assinadas por gestores municipais, atas de reunião técnicas e da comissão intergestora bipartite, boletins informativos, além da aplicação de um questionário semi-estruturado por meio de entrevistas a serem realizadas pela própria pesquisadora. Constituem sujeitos da pesquisa: coordenadores ou equivalentes da atenção básica do estado e do pacto de indicadores da atenção básica, técnicos de, pelo menos, duas áreas estratégicas da atenção básica, gestor estadual e um representante da Comissão Intergestora Bipartite.

É responsabilidade do avaliador o fornecimento de qualquer esclarecimento antes, durante e após a pesquisa. As informações resultantes serão sigilosas, os resultados para os usuários potenciais da avaliação serão apresentados na forma de relatórios parciais, sumários executivos e relatório final da avaliação.

As dúvidas sobre a pesquisa serão esclarecidas por e-mail milenab@saude.gov.br.

Se a instituição estiver de acordo com esse termo, participará da pesquisa fornecendo autorização para revisão dos documentos citados neste termo e concordará em participar das entrevistas.

Eu,.....declaro ter entendido os esclarecimentos e concordo voluntariamente em incluir a instituição no estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## Apêndice 2

Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz  
Pós-graduação em saúde Pública  
Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde e Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos  
PROJETO DE PESQUISA: Avaliação da implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar de pesquisa intitulada **Avaliação da implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil**, que servirá de base para elaboração de dissertação de em Vigilância em Saúde e Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos.

Você foi selecionado por ter atuação estratégica no processo de pactuação dos indicadores em seu estado. Sua participação na pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo consistem em aprofundar o conhecimento sobre a condução do processo de pactuação dos indicadores da atenção básica desencadeado no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, os fatores do contexto institucional que o influenciam e identificar aspectos que contribuam com a pactuação, o monitoramento e a avaliação de indicadores.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações relativas às formas de definição e negociação de metas e da avaliação dos indicadores da atenção básica.

Os riscos relacionados com sua participação são praticamente nulos. Os benefícios relacionados com a sua participação são indiretos e relacionam-se com o caráter pedagógico do processo avaliativo em questão.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação. Pela função pública exercida, existe a possibilidade de identificação. Os dados coletados durante a realização da pesquisa ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora para garantir a confidencialidade das respostas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora principal: Milena Maria do Amaral Bastos  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, Brasília/DF. CEP: 70058-900. Fone: 61 - 3315-2391 / 3315-2940  
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 Sala 314. Manginhos. Rio de Janeiro/RJ.CEP: 21041-210. Fone: 21-2598-2863.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa: Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa

## Apêndice 3

### PROJETO DE MESTRADO: Avaliação da implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil

Instrumento de pesquisa: Roteiro de entrevista

1.1. Secretário Estadual de Saúde

Data:

Local da entrevista:

#### Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Trajectoria anterior:

1. Você tomou conhecimento do pacto de indicadores da atenção básica? Em que época: antes ou após assumir o cargo de secretário de saúde do estado?

#### Componente 1: Articulação e Mobilização

##### **Dimensão política**

1. No ano de 2006, houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas metas com gestores municipais na Comissão Intergestores Bipartite? (Indicador: A SES incluiu o tema pacto de indicadores da atenção básica para debate em reunião da CIB)

Inclusão na pauta                       Apresentação                       Discussão

2. No ano de 2006, houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e proposição de novas metas no Conselho Estadual de Saúde?

Inclusão na pauta                       Apresentação                       Discussão

3. Durante reuniões da CIB ou em outra oportunidade, você articulou com algum gestor municipal as novas metas para alcançar no ano de 2006?

##### **Dimensão Técnica**

4. Você precisou entrar em contato com Ministério da Saúde para algum tipo de esclarecimento durante o período de pactuação? (Se sim, obteve resposta imediata? Qual o meio de comunicação utilizado?)

5. É do seu conhecimento que a SES prestou assessoria às SMS durante o período de pactuação? (Se sim, para quais municípios, quantos, por quê, para quê?)

6. Você negociou com gestores municipais atividades-chaves para alcançar as novas metas desejadas para o estado? (atentar para o direcionamento das respostas)

##### **Dimensão organizacional**

7. É do seu conhecimento se a SES recebeu a portaria do pacto da atenção básica de 2006 em tempo hábil? (sondar a percepção do gestor com relação ao que ele considera como tempo hábil)

8. É do seu conhecimento que a SES enviou a mesma portaria do pacto para os municípios em tempo hábil?

9. É do seu conhecimento que quem coordenava o pacto no estado se articulou com as áreas técnicas da SES para definição de novas metas? (Você tinha alguma diretriz nesse sentido?)

10. É do seu conhecimento que tenha havido em 2006, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas metas com as áreas técnicas da SES de interface com o pacto?

Apresentação                       Discussão

11. A SES definiu formalmente uma coordenação para o pacto de indicadores da atenção básica no ano de 2006? (havia algum critério para exercer essa função?)



## Componente 2: Produção da informação

### **Dimensão política**

1. Você utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para se decidir em relação às novas metas a serem pactuadas para o ano de 2006?
2. Que outros elementos tiveram peso na sua decisão para pactuar novas metas para o ano de 2006? (contar a história, o que prevaleceu mais?)

### **Dimensão organizacional**

3. Você precisou de algum documento técnico elaborado pelo MS acerca dos indicadores ou do pacto da atenção básica para ajudar na tomada de decisão?
4. Na SES foi elaborado algum documento contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica, ou outras informações, relativas a anos anteriores para consumo externo, ou seja, para divulgação para as secretarias municipais (teve alguma diretriz orientando isso?)

### **Dimensão técnica**

5. Na SES foi elaborado algum documento contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica, ou outras informações, relativas a anos anteriores para consumo interno, ou seja, para divulgação dentro da secretaria (teve alguma diretriz orientando isso?)

## Componente 3: Homologação

### **Dimensões: Política**

1. É do seu conhecimento que, no ano de 2006, a SES tenha recebido os anexos obrigatórios da pactuação assinados pela maioria dos secretários de saúde municipais? (Se sim, sondar o percentual de municípios)
2. Você utilizou as informações contidas nesses anexos para decisão final em relação às novas metas do estado para o ano de 2006?
3. Você assinou (ou substituiu) os anexos obrigatórios da pactuação estadual? (Se não, os técnicos responsáveis pela coordenação do pacto estadual tinham validado as planilhas no sispecto e o trouxeram para sua assinatura?)
4. É do seu conhecimento que o MS tenha recebido os anexos obrigatórios da pactuação assinados pela maioria dos secretários de saúde estaduais?
5. É de seu conhecimento que o Ministério da Saúde tenha utilizado as informações contidas nos anexos de pactuação estadual para tomada de decisão?
6. Você sabe informar se houve análise e discordância do Ministério da Saúde em relação a algum dos anexos enviados pelas SES?
7. Nesse caso, sabe informar se houve negociação com alguns estados para mudanças antes da homologação dos anexos pelo Ministério da Saúde?

### **Dimensão Técnica**

8. Houve análise e discordância da SES em relação a algum dos anexos enviados pelas SES?
9. Nesse caso, houve negociação com alguns municípios para mudanças antes da homologação dos anexos pelo estado?

### **Dimensão Organizacional**

10. É do seu conhecimento que a SES tenha descentralizado o processo de pactuação para as instâncias regionais de saúde? (houve alguma diretriz sua nesse sentido?)

## Componente 4: Monitoramento e Avaliação

### **Dimensão Política**

1. Você se articulou com secretários municipais, na CIB ou em outra oportunidade, a importância de monitorar e avaliar o que foi pactuado para o ano de 2006?

### **Dimensão Técnica**

2. A SES fez monitoramento e avaliação do que foi pactuado pelos municípios no ano de 2006?

### **Dimensão Organizacional**

3. A SES tinha plano concreto para monitorar e avaliar o que o estado pactuou no ano de 2006?

**Perguntas relacionadas aos resultados esperados** (para finalizar, solicitar opinião pessoal do entrevistado)

- a) Em sua opinião, o pacto de indicadores da atenção básica contribuiu para valorização da qualidade do registro de dados e da análise de resultados dos indicadores de saúde?
- b) Em sua opinião, o processo de pactuação promoveu articulação e negociação entre as três esferas de gestão do SUS? Como?
- c) Em sua opinião, o pacto de indicadores da atenção básica contribuiu para o fortalecimento da SES e das SMS? Se sim, em qual(is) aspecto(s)?
- d) Em sua opinião, o pacto de indicadores da atenção básica estimulou a incorporação de práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da SES? Ou seja, o pacto constituiu um elemento propulsor da institucionalização dessas práticas? Como?
- e) Para você, os acordos políticos e técnicos firmados entre os gestores do SUS promoveram a melhoria dos resultados dos indicadores de saúde do pacto da atenção básica? De quais indicadores?

## Apêndice 4

### PROJETO DE MESTRADO: Avaliação da implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil

Instrumento de pesquisa: Roteiro de entrevista

1.2. Coordenador Estadual da Atenção Básica e similar

Data:

Local da entrevista:

#### **Identificação do entrevistado**

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Trajetória anterior:

1. Contextualize a organização da SES no ano de 2006 (organograma)

2. Em que época você tomou conhecimento do pacto de indicadores da atenção básica (antes ou após assumir o cargo de coordenador(a) da atenção básica do estado)?

#### Componente 1: Articulação e Mobilização

##### **Dimensão política**

1. No ano de 2006, você tem conhecimento se houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas metas com gestores municipais na Comissão Intergestores Bipartite? (Indicador: A SES incluiu o tema pacto de indicadores da atenção básica para debate em reunião da CIB)

( ) Inclusão na pauta                      ( ) Apresentação                      ( ) Discussão

2. No ano de 2006, você teve conhecimento se houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e proposição de novas metas no Conselho Estadual de Saúde? Qual sua participação?

( ) Inclusão na pauta                      ( ) Apresentação                      ( ) Discussão

3. É de seu conhecimento que, durante reuniões da CIB ou em outra oportunidade, o gestor estadual articulou com algum gestor municipal as novas metas para alcançar no ano de 2006?

##### **Dimensão técnica**

4. Sua coordenação precisou entrar em contato com Ministério da Saúde para algum tipo de esclarecimento durante o período de pactuação? (Se sim, obteve resposta imediata? Qual o meio de comunicação utilizado?)

5. É de seu conhecimento se a SES prestou assessoria às Secretarias Municipais de Saúde durante o período de pactuação? (Se sim, para quais municípios, quantos, por quê, para quê?)

6. A Coordenação da atenção básica negociou com gestores municipais atividades-chaves para alcançar as novas metas desejadas para o estado? (atentar para o direcionamento das respostas no sentido de sondar se para todas ou apenas algumas metas pactuadas e se houve definição de prioridades)

##### **Dimensão organizacional**

7. É de seu conhecimento se a SES recebeu a portaria do pacto da atenção básica de 2006 em tempo hábil? (sondar a percepção do(a) coordenador(a) com relação ao que considera como tempo hábil)

8. Se sim, é de seu conhecimento que a SES enviou a mesma portaria do pacto para os municípios em tempo hábil?

9. Você tem conhecimento que a coordenação do pacto tenha se articulado com as áreas técnicas da SES para definição de novas metas? (Houve alguma diretriz nesse sentido? Quais áreas foram envolvidas e em que medida)

10. É de seu conhecimento se houve apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas metas com as áreas técnicas da SES de interface com o pacto, em 2006?

( ) Apresentação ( ) Discussão

11. É de seu conhecimento se a coordenação do pacto da atenção básica estava formalmente definida pela SES? (havia algum critério para exercer essa função?)

#### Componente 2: Produção da informação

##### **Dimensão política**

1. A Coordenação da Atenção Básica utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para se decidir em relação às novas metas a serem pactuadas para o ano de 2006?

2. Que outros elementos tiveram peso na decisão da Coordenação da Atenção Básica para pactuar novas metas para o ano de 2006? (sondar a história, o que prevaleceu mais na definição)

##### **Dimensão técnica**

3. A coordenação da atenção básica precisou de algum documento técnico elaborado pelo MS acerca dos indicadores ou do pacto da atenção básica para ajudar na tomada de decisão? (Se sim, encontrou disponível?)

4. É de seu conhecimento que a coordenação do pacto tenha elaborado algum documento contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica, ou outras informações, relativas a anos anteriores para consumo externo, ou seja, para divulgação para as secretarias municipais (teve alguma diretriz orientando isso?)

##### **Dimensão organizacional**

5. É de seu conhecimento que a coordenação do pacto tenha elaborado algum documento contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica, ou outras informações, relativas a anos anteriores para consumo interno, ou seja, para divulgação dentro da secretaria (teve alguma diretriz orientando isso?) A coordenação da atenção básica recebeu?

#### Componente 3: Homologação

##### **Dimensão política**

1. Você sabe informar se, no ano de 2006, a coordenação do pacto recebeu os anexos obrigatórios da pactuação assinados pela maioria dos secretários municipais de saúde? (Se sim, sondar o percentual de municípios)

2. É do seu conhecimento se a coordenação estadual do pacto da atenção básica utilizou as informações contidas nesses anexos para decisão final em relação às novas metas do estado para o ano de 2006? E a coordenação da atenção básica?

3. É de seu conhecimento que a coordenação estadual do pacto tenha enviado os anexos obrigatórios da pactuação após assinatura do gestor estadual para o Ministério da Saúde?

4. É de seu conhecimento que o Ministério da Saúde tenha recebido e utilizado as informações contidas nos anexos da pactuação estadual para tomada de decisão?

5. Você sabe informar se houve análise e discordância do Ministério da Saúde em relação a algum dos anexos enviados pelas SES?

6. Nesse caso, sabe informar se houve negociação com alguns estados para mudanças antes da homologação dos anexos pelo Ministério da Saúde?

##### **Dimensão técnica**

7. Você sabe informar se houve análise e discordância da coordenação do pacto da atenção básica em relação a algum dos anexos enviados pelas SMS?

8. Nesse caso, houve negociação com alguns municípios para mudanças antes da homologação dos anexos pelo estado?

##### **Dimensão organizacional**

9. É de seu conhecimento que o processo de pactuação dos indicadores foi descentralizado para as instâncias regionais de saúde, no ano de 2006? (houve alguma diretriz do gestor estadual nesse sentido?)

#### Componente 4: Monitoramento e Avaliação

##### **Dimensão política**

1. É de seu conhecimento se o gestor estadual se articulou com secretários municipais, na CIB ou em outra oportunidade, a importância de monitorar e avaliar o que foi pactuado para o ano de 2006?

##### **Dimensão técnica**

2. A SES fez monitoramento e avaliação do que foi pactuado pelos municípios no ano de 2006?

##### **Dimensão organizacional**

3. A SES tinha plano concreto para monitorar e avaliar o que o estado pactuou no ano de 2006?

#### **Perguntas relacionadas aos resultados esperados (para finalizar, solicitar opinião pessoal do entrevistado)**

a) Em sua opinião, o pacto de indicadores da atenção básica contribuiu para valorização da qualidade do registro de dados e da análise de resultados dos indicadores de saúde?

b) Em sua opinião, o processo de pactuação promoveu articulação e negociação entre as três esferas de gestão do SUS? Como?

c) Em sua opinião, o pacto de indicadores da atenção básica contribuiu para o fortalecimento da SES e das SMS? Se sim, em qual(is) aspecto(s)?

d) Em sua opinião, o pacto de indicadores da atenção básica estimulou a incorporação de práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da SES? Ou seja, o pacto constituiu um elemento propulsor da institucionalização dessas práticas? Como?

e) Para você, os acordos políticos e técnicos firmados entre os gestores do SUS promoveram a melhoria dos resultados dos indicadores de saúde do pacto da atenção básica? De quais indicadores?

## Apêndice 5

### PROJETO DE MESTRADO: Avaliação da implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil

Instrumento de pesquisa: Roteiro de entrevista

1.3. Coordenador Estadual do Pacto de Indicadores da Atenção Básica

Data:

Local da entrevista:

#### Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Trajetória anterior:

1. Contextualize a organização da SES no ano de 2006 (mostrar organograma, se existente)

2. Em que época você tomou conhecimento do pacto de indicadores da atenção básica (antes ou após assumir o cargo de coordenador(a) da do pacto da atenção básica do estado)?

#### Componente 1: Articulação e Mobilização

##### **Dimensão política**

1. No ano de 2006, você tem conhecimento se houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas metas com gestores municipais na Comissão Intergestores Bipartite? (Indicador: A SES incluiu o tema pacto de indicadores da atenção básica para debate em reunião da CIB)

( ) Inclusão na pauta                      ( ) Apresentação                      ( ) Discussão

2. No ano de 2006, você teve conhecimento se houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e proposição de novas metas no Conselho Estadual de Saúde? Qual sua participação?

( ) Inclusão na pauta                      ( ) Apresentação                      ( ) Discussão

3. A coordenação do pacto da atenção básica negociou com gestores municipais atividades-chaves para alcançar as novas metas desejadas para o estado? (atentar para o direcionamento das respostas no sentido de sondar se para todas ou apenas algumas metas pactuadas e se houve definição de prioridades)

##### **Dimensão Técnica**

4. A coordenação do pacto da atenção básica precisou entrar em contato com Ministério da Saúde para algum tipo de esclarecimento durante o período de pactuação? (Se sim, obteve resposta imediata? Qual o meio de comunicação utilizado?)

5. A coordenação do pacto da atenção básica prestou assessoria às Secretarias Municipais de Saúde durante o período de pactuação? (Se sim, para quais municípios, quantos, por quê, para quê?)

6. É de seu conhecimento que, durante reuniões da CIB ou em outra oportunidade, que o gestor estadual articulou com algum gestor municipal as novas metas para alcançar no ano de 2006?

##### **Dimensão organizacional**

7. A coordenação recebeu a portaria do pacto da atenção básica de 2006 em tempo hábil? (sondar a percepção do(a) coordenador(a) com relação ao que considera como tempo hábil)

8. A coordenação enviou a mesma portaria do pacto para os municípios em tempo hábil?

9. A coordenação do pacto se articulou com as áreas técnicas da SES para definição de novas metas? (Houve alguma diretriz nesse sentido? Quais áreas foram envolvidas e em que medida) E com o gestor estadual?

10. Houve apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas metas com as áreas técnicas da SES de interface com o pacto, em 2006? (quais áreas?)

( ) Apresentação ( ) Discussão

11. A coordenação do pacto da atenção básica estava formalmente definida pela SES no ano de 2006?

#### Componente 2: Produção da informação

##### **Dimensão política**

1. A coordenação do pacto da atenção básica utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para se decidir em relação às novas metas a serem pactuadas para o ano de 2006?

2. Que outros elementos tiveram peso na decisão da Coordenação do pacto da Atenção Básica para pactuar novas metas para o ano de 2006? (sondar a história, o que prevaleceu mais na definição)

##### **Dimensão técnica**

3. A coordenação da atenção básica precisou de algum documento técnico elaborado pelo MS acerca dos indicadores ou do pacto da atenção básica para ajudar na tomada de decisão? Se sim, encontrou disponível?)

4. A coordenação do pacto elaborou algum documento contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica, ou outras informações, relativas a anos anteriores para consumo externo, ou seja, para divulgação às secretarias municipais (teve alguma diretriz orientando isso?)

##### **Dimensão organizacional**

5. A coordenação do pacto elaborou algum documento contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica, ou outras informações, relativas a anos anteriores para consumo interno, ou seja, para divulgação dentro da secretaria (teve alguma diretriz orientando isso?)

#### Componente 3: Homologação

##### **Dimensão política**

1. No ano de 2006, a coordenação do pacto recebeu os anexos obrigatórios da pactuação assinados pela maioria dos secretários municipais de saúde? (Se sim, sondar o percentual de municípios)

2. A coordenação estadual do pacto da atenção básica utilizou as informações contidas nesses anexos para decisão final em relação às novas metas do estado para o ano de 2006?

3. A coordenação estadual do pacto enviou os anexos obrigatórios da pactuação após assinatura do gestor estadual para o Ministério da Saúde?

4. É de seu conhecimento que o Ministério da Saúde tenha recebido e utilizado as informações contidas nos anexos da pactuação estadual para tomada de decisão?

5. Você sabe informar se houve análise e discordância do Ministério da Saúde em relação a algum dos anexos enviados pelas outras SES?

6. Nesse caso, sabe informar se houve negociação com alguns estados para mudanças antes da homologação dos anexos pelo Ministério da Saúde?

##### **Dimensão técnica**

7. Houve análise e discordância da coordenação do pacto da atenção básica em relação a algum dos anexos enviados pelas SMS?

8. Nesse caso, houve negociação com alguns municípios para mudanças antes da homologação dos anexos pelo estado?

##### **Dimensão organizacional**

9. O processo de pactuação dos indicadores foi descentralizado para as instâncias regionais de saúde, no ano de 2006? (houve alguma diretriz do gestor estadual nesse sentido?)

#### Componente 4: Monitoramento e Avaliação

**Dimensão política**

1. É de seu conhecimento se o gestor estadual se articulou com secretários municipais, na CIB ou em outra oportunidade, a importância de monitorar e avaliar o que foi pactuado para o ano de 2006?

**Dimensão técnica**

2. A SES fez monitoramento e avaliação do que foi pactuado pelos municípios no ano de 2006?

**Dimensão organizacional**

3. A SES tinha plano concreto para monitorar e avaliar o que o estado pactuou no ano de 2006?

**Perguntas relacionadas aos resultados esperados (para finalizar, solicitar opinião pessoal do entrevistado)**

a) Em sua opinião, o pacto de indicadores da atenção básica contribuiu para valorização da qualidade do registro de dados e da análise de resultados dos indicadores de saúde?

b) Em sua opinião, o processo de pactuação promoveu articulação e negociação entre as três esferas de gestão do SUS? Como?

c) Em sua opinião, o pacto de indicadores da atenção básica contribuiu para o fortalecimento da SES e das SMS? Se sim, em qual(is) aspecto(s)?

d) Em sua opinião, o pacto de indicadores da atenção básica estimulou a incorporação de práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da SES? Ou seja, o pacto constituiu um elemento propulsor da institucionalização dessas práticas? Como?

e) Para você, os acordos políticos e técnicos firmados entre os gestores do SUS promoveram a melhoria dos resultados dos indicadores de saúde do pacto da atenção básica? De quais indicadores?



## Apêndice 6

### PROJETO DE MESTRADO: Avaliação da implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil

Instrumento de pesquisa 1: Roteiro de entrevista

1.4. Secretário Municipal de Saúde

Data:

Local da entrevista:

#### Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Trajetória anterior:

1. Em que época você tomou conhecimento do pacto de indicadores da atenção básica: antes ou após assumir o cargo de secretário de saúde do município?

#### Componente 1: Articulação e Mobilização

##### **Dimensão política**

1. No ano de 2006, você recorda ter havido inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas metas com gestores municipais em reunião da Comissão Intergestores Bipartite? (Indicador: A SES incluiu o tema pacto de indicadores da atenção básica para debate em reunião da CIB)

( ) Inclusão na pauta                      ( ) Apresentação                      ( ) Discussão

2. No ano de 2006, houve inclusão na pauta, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e proposição de novas metas no Conselho Municipal de Saúde?

( ) Inclusão na pauta                      ( ) Apresentação                      ( ) Discussão

3. Durante reuniões da CIB ou em outra oportunidade, você articulou com o gestor estadual as novas metas para alcançar no ano de 2006 para o município? (estratégias para alcance de metas)

##### **Dimensão técnica**

1. Você precisou entrar em contato com a Secretaria Estadual de Saúde para algum tipo de esclarecimento durante o período de pactuação? (Se sim, obteve resposta imediata? Qual o meio de comunicação utilizado?)

2. É do seu conhecimento se a SMS foi assessorada pela SES durante o período de pactuação no ano de 2006? (Se sim, sondar qual tipo de assessoria prestada?)

3. Em 2006, o gestor estadual negociou atividades-chaves para alcançar as novas metas desejadas para o estado? (atentar para o direcionamento das respostas no sentido de saber se foi para todas ou para algumas metas e se houve definição de alguma prioridade)

##### **Dimensão organizacional**

4. É do seu conhecimento se a SMS recebeu a portaria do pacto da atenção básica em tempo hábil no ano de 2006? (sondar a percepção do gestor com relação ao que ele considera como tempo hábil)

5. É do seu conhecimento que quem coordenava o pacto no município se articulou com as áreas técnicas da Secretaria de Saúde para definição de novas metas? (Você tinha alguma diretriz nesse sentido?)

6. É do seu conhecimento que tenha havido, em 2006, apresentação e discussão sobre avaliação de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas metas com as áreas técnicas da SMS de interface com o pacto?

( ) Apresentação                      ( ) Discussão

7. A SMS definiu formalmente uma coordenação para o pacto de indicadores da atenção básica? (Se sim, havia algum critério para exercer essa função?)

#### Componente 2: Produção da informação

### **Dimensão política**

1. Você utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para se decidir em relação às novas metas a serem pactuadas para o ano de 2006?
2. Que outros elementos tiveram peso na sua decisão para pactuar novas metas para o ano de 2006? (sondar a história, o que prevaleceu mais?)

### **Dimensão organizacional**

3. Você precisou de algum documento técnico elaborado pelo MS ou pela SES acerca dos indicadores ou do pacto da atenção básica para ajudar na tomada de decisão?
4. É de seu conhecimento se a SES elaborou algum documento contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica, ou outras informações, relativas a anos anteriores para consumo externo, ou seja, para divulgação às secretarias municipais ?

### Componente 3: Homologação

#### **Dimensão política**

1. Você assinou (ou substituiu) os anexos obrigatórios da pactuação municipal? (Se não, o técnico responsável pela coordenação do pacto municipal tinha validado as planilhas no sispacto e os trouxe para sua assinatura?)
2. É do seu conhecimento que a SES tenha recebido os anexos obrigatórios da pactuação assinados pela maioria dos secretários municipais de saúde?
3. É de seu conhecimento que a Secretaria Estadual de Saúde tenha utilizado as informações contidas nos anexos da pactuação municipal para tomada de decisão?

#### **Dimensão técnica**

4. É de seu conhecimento se houve análise e discordância da SES em relação a algum dos anexos enviados pela SMS?
5. Nesse caso, houve negociação para mudanças antes da homologação dos anexos pelo estado?
6. Você sabe informar se houve análise e discordância da Secretaria de Saúde em relação a algum dos anexos enviados pelas outras SMS?  
( ) Análise ( ) Discordância
7. Nesse caso, sabe informar se houve negociação com alguns municípios para mudanças antes da homologação dos anexos pela Secretaria Estadual de Saúde?

#### **Dimensão organizacional**

1. É do seu conhecimento que a SES tenha descentralizado o processo de pactuação para as instâncias regionais de saúde?

### Componente 4: Monitoramento e Avaliação

#### **Dimensão política**

1. O gestor estadual se articulou com a secretaria municipal de saúde, na CIB ou em outra oportunidade, a importância de monitorar e avaliar o que foi pactuado para o ano de 2006?

#### **Dimensão técnica**

2. É de seu conhecimento se a SES fez monitoramento e avaliação do que foi pactuado pelos municípios no ano de 2006?

#### **Dimensão organizacional**

3. É de seu conhecimento se a SES tinha plano concreto para monitorar e avaliar o que o estado pactuou no ano de 2006?

### **Perguntas relacionadas aos resultados esperados (para finalizar, solicitar opinião pessoal do entrevistado)**

- a) Em sua opinião, o pacto de indicadores da atenção básica contribuiu para valorização da qualidade do registro de dados e da análise de resultados dos indicadores de saúde?

- b) Em sua opinião, o processo de pactuação promoveu articulação e negociação entre as três esferas de gestão do SUS? Como?
- c) Em sua opinião, o pacto de indicadores da atenção básica contribuiu para o fortalecimento da SES e das SMS? Se sim, em qual(is) aspecto(s)?
- d) Em sua opinião, o pacto de indicadores da atenção básica estimulou a incorporação de práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da SES? Ou seja, o pacto constituiu um elemento propulsor da institucionalização dessas práticas? Como?
- e) Para você, os acordos políticos e técnicos firmados entre os gestores do SUS promoveram a melhoria dos resultados dos indicadores de saúde do pacto da atenção básica? De quais indicadores?

## Apêndice 7

### PROJETO DE MESTRADO: Avaliação da implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil

Instrumento de pesquisa 1: Roteiro de entrevista

1.5. Técnicos do Ministério da Saúde

Data:

Local da entrevista:

Entrevistador:

#### Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Cargo atual:

Trajetória anterior:

1. Em que momento da sua vida profissional você tomou conhecimento do pacto de indicadores da atenção básica?

#### Componente 1: Articulação e Mobilização

##### **Dimensão política**

1. No ano de 2006, é de seu conhecimento se houve inclusão na pauta da Comissão Intergestores Tripartite, a apresentação e discussão de resultados dos pactos anteriores e a proposição de novas metas para estados e municípios? E se nas SES, houve essa mesma discussão nas CIBs?

Inclusão na pauta                       Apresentação                       Discussão

2. No ano de 2006, é de seu conhecimento se houve inclusão na pauta do Conselho Nacional de Saúde, a apresentação e discussão de resultados de pactos anteriores e proposição de novas metas para estados e municípios? E se nas SES, houve essa mesma discussão nos CESs?

Inclusão na pauta                       Apresentação                       Discussão

3. Você é sabedor se durante reuniões da Comissão Tripartite ou em outra oportunidade, houve articulação com algum gestor sobre as novas metas a serem alcançadas em 2006?

##### **Dimensão técnica**

4. As SES entraram em contato com Ministério da Saúde para algum tipo de esclarecimento durante o período de pactuação? (Se sim, obteve resposta imediata? Qual o meio de comunicação utilizado?)

5. O MS prestou assessoria às SES durante o período da pactuação? Se sim, para quais estados, quantos, por quê, para quê? É do seu conhecimento que a SES prestou assessoria às SES durante o período de pactuação? (Se sim, para quais municípios, quantos, por quê, para quê?)

6. É de seu conhecimento se a coordenação do pacto daqui do MS negociou atividades-chaves com os gestores estaduais para alcançar as novas metas desejadas? (atentar para o direcionamento das respostas)

##### **Dimensão organizacional**

7. É do seu conhecimento se de modo geral as SES receberam a portaria do pacto da atenção básica de 2006 em tempo hábil? Tentar identificar o percentual (sondar a percepção do gestor com relação ao que ele considera como tempo hábil)

8. É do seu conhecimento se de modo geral as SES enviaram a mesma portaria para os municípios em tempo hábil?

9. É do seu conhecimento que tenha havido em 2006, com as áreas técnicas do MS de interface com o pacto, a apresentação e discussão de resultados de pactos anteriores e a proposição de novas metas para os estados?

Apresentação                       Discussão

10. O MS definiu formalmente uma coordenação para o pacto de indicadores da atenção básica no ano de 2006? (havia algum critério para exercer essa função?)

#### Componente 2: Produção da informação

##### **Dimensão política**

1. A coordenação do pacto utilizou informações técnicas e/ou resultados de estudos científicos para se decidir em relação às novas metas a serem pactuadas pelos estados para o ano de 2006?
2. Que outros elementos tiveram peso na decisão de pactuar novas metas para os estados em 2006? (contar a história, o que prevaleceu mais?)

##### **Dimensão técnica**

3. O MS elaborou algum documento técnico acerca dos indicadores ou do pacto contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica, ou outras informações, relativas a anos anteriores para ajudar na tomada de decisão dos estados/municípios?

##### **Dimensão organizacional**

4. O MS elaborou algum documento contendo análise dos indicadores do pacto da atenção básica, ou outras informações, relativas a anos anteriores para consumo interno, ou seja, para divulgação nas áreas técnicas (teve alguma diretriz orientando isso?)

#### Componente 3: Homologação

##### **Dimensão política**

1. É do seu conhecimento que, no ano de 2006, o MS recebeu os anexos obrigatórios da pactuação assinados pela maioria dos secretários estaduais de saúde? (Se sim, sondar o percentual de estados)
2. O Ministério da Saúde utilizou as informações contidas nos anexos de pactuação estadual para tomada de decisão?
3. Em relação aos estados, é do seu conhecimento se de modo geral eles receberam os anexos da maioria dos municípios assinados?
4. Em relação aos estados, é do seu conhecimento se de modo geral eles utilizaram as informações vindas dos municípios para tomada de decisão em relação aos indicadores a serem pactuados pelo estado?

##### **Dimensão técnica**

5. Houve análise e discordância do MS em relação a algum dos anexos enviados pelas SES?
6. Nesse caso, houve negociação com alguns estados para mudanças antes da homologação dos anexos pelo MS?
7. Em relação aos estados, é do seu conhecimento se de modo geral eles discordaram de alguns dos anexos municipais?
8. Em relação aos estados, é do seu conhecimento se de modo geral eles tiveram que fazer negociações para mudanças antes da homologação do pacto de alguns municípios?

##### **Dimensão organizacional**

9. É do seu conhecimento que o MS tenha descentralizado o processo de pactuação para os escritórios regionais? (houve alguma diretriz do Ministério da Saúde nesse sentido?)
10. É do seu conhecimento que de modo geral as SES tenham descentralizado o processo de pactuação para instâncias regionais? (houve alguma diretriz do Ministério da Saúde nesse sentido?)

#### Componente 4: Monitoramento e Avaliação

##### **Dimensão política**

1. A coordenação do pacto se articulou com os Secretários Estaduais em qualquer oportunidade, para divulgar a importância de monitorar e avaliar o que foi pactuado para o ano de 2006?

##### **Dimensão técnica**

2. É de seu conhecimento que as SES tivessem plano concreto de monitoramento e avaliação do que foi pactuado pelos municípios para o ano de 2006?

### **Dimensão organizacional**

3. É de seu conhecimento que o MS tivesse plano concreto para monitorar e avaliar o que os estados pactuaram no ano de 2006?

**Perguntas relacionadas aos resultados esperados** (para finalizar, solicitar opinião pessoal do entrevistado)

- a) Em sua opinião o pacto de indicadores da atenção básica contribuiu para valorização da qualidade do registro de dados e análise de resultados dos indicadores de saúde?
- b) Em sua opinião o processo de pactuação promoveu articulação e negociação entre as três esferas de gestão do SUS? Como?
- c) Em sua opinião o pacto de indicadores da atenção básica contribuiu para o fortalecimento da SES e das SMS? Se sim, em qual(is) aspecto(s)?
- d) Em sua opinião o pacto de indicadores da atenção básica estimulou a incorporação de práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da SES? Ou seja, o pacto constituiu um elemento propulsor da institucionalização dessas práticas? Como?
- e) Para você, os acordos políticos e técnicos firmados entre os gestores do SUS promoveram a melhoria dos resultados dos indicadores de saúde do pacto da atenção básica? De quais indicadores?

## Apêndice 8

### **PROJETO DE MESTRADO: Avaliação da implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil**

#### Instrumento de pesquisa 2: Roteiro para análise documental

( ) Anexos III – Quantos?

Impressos ( ) Meio eletrônico ( )

( ) Anexos IV - Quantos?

Impressos ( ) Meio eletrônico ( )

( ) Relatório(s) de reunião interna (SES). Verificar se contemplou as regionais.

( ) Relatórios de reunião conjunta (SES e SMS)

( ) Ata(s) de reunião interna

( ) Ata(s) de reunião conjunta

( ) Programação de oficina com SMS

( ) Folhetos informativos

( ) Boletins informativos

( ) Publicações

( ) Relatórios ou documentos técnicos

( ) Outros

Apêndice 9

Quadro 15 - Indicadores do pacto da atenção básica utilizados na seleção dos casos e resultados alcançados no período de 2003 a 2005

Região	Estados	Proporção de NV de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal			População coberta pelo PSF			Cobertura primeira consulta odontológica programática			Proporção de internações por complicações de diabetes mellitus			Proporção de abandono de tratamento da tuberculose			Proporção de NV com baixo peso ao nascer			No de indicadores para os quais o estado apresentou piores resultados em 2005
		2003	2004	2005*	2003	2004	2005*	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	
Norte	AC	57,1	57,4	63,8	38,2	38,8	47,9	9,9	11,8	13,7	0,8	0,8	0,8	14,52	9,61	5,43	6,7	6,89	6,64	2
	AM	69,6	68	68,8	37,6	36,9	42,4	12,2	12,2	13,8	0,5	0,5	0,5	8,06	8,98	9,7	6,78	7,05	6,73	2
	AP	63,4	62,2	64,3	23,6	22,9	38,4	7,7	6,9	6,4	0,7	0,7	0,7	10,28	10,62	5,44	7,91	7,96	7,77	4
	PA	76,1	76,7	77,4	17,2	20,3	21,6	14,8	12,9	14,3	0,6	0,6	0,6	10,72	9,37	6,41	6,76	6,86	6,77	4
	RO	83,1	83,7	82,1	20,4	22,7	25,3	6,9	8,8	7,3	1	1,1	1,1	12	10,32	7,05	6,21	6,29	6,11	4
	RR	72	71,5	74,5	55,8	61,8	61,9	21,5	22,8	16,3	0,9	1	1,5	3,45	2,02	3,47	6,93	7,26	7,53	2
	TO	83,6	85,8	86,7	61,7	70,4	73,7	13,3	9,4	7,5	0,7	0,7	0,9	8,76	6,39	4,74	6,7	6,75	6,41	2
Nordeste	AL	76,3	78,2	81,4	66,2	67,3	69	14,1	15,2	15	0,8	0,8	0,9	9,77	10,26	7,94	7,3	7,18	7,38	3
	BA	70,1	73,5	75,8	22,4	29,7	37,6	11,1	11,2	11,5	0,9	0,9	0,9	7,08	7,28	3,91	7,92	7,94	7,79	4
	CE	86,5	87,8	87,2	56,2	58,5	60,3	13,9	11,7	10,7	0,7	0,7	0,7	7,66	7,08	5,17	7,27	7,42	7,24	1
	MA	69,1	70,5	70,7	37,7	46,6	57,2	13,5	12,4	14,9	0,6	0,6	0,7	11,43	10,35	5,26	6,54	6,75	7,06	2
	PB	86,9	88,6	89,5	60,9	77,2	80,8	13,6	14,9	16,5	0,7	0,8	0,8	6,71	7,19	4,27	6,31	6,45	6,69	1
	PI	83,3	84,5	84,3	70,8	76,3	83,6	15	14,7	13,8	0,6	0,7	0,8	4,27	3,44	2,25	6,76	6,99	6,86	1
	PE	83,7	84,8	84,7	48,6	54,2	57,7	11,5	11,3	13,4	1,1	1,1	1,2	10,71	10,26	5,88	7,45	7,7	7,58	4
	RN	86,5	86,2	86,4	38,1	51,5	62,5	21,6	21,5	17,9	0,6	0,7	0,7	7,79	5,67	4,41	7,56	7,57	7,29	-
SE	81,1	83,8	83,4	74,6	84,3	89,7	21,8	16,3	17,3	1	1	0,9	6,62	9,79	5,72	7,71	7,79	7,89	2	
Sudeste	ES	90,8	90,9	91	29,5	35,6	42,3	9,3	8,9	10,2	0,9	1	1	4,17	5,23	4,84	7,39	7,59	7,38	1
	MG	88,3	89,5	89,8	48,7	49,4	54,8	14,4	13,9	12,6	1,2	1,2	1,3	9,59	8,34	4,52	9,59	9,61	9,41	2
	RJ	88,3	89,5	89,5	14,5	16,2	18,5	11,4	11,2	11,7	1,3	1,4	1,5	8,33	6,9	3,84	9,22	9,07	8,91	3
	SP	90,5	92,4	93,4	16,9	19,2	20,9	12,2	10,8	11	1,1	1,1	1	9,79	9,05	5,29	9,2	9,02	8,92	1
Sul	PR	93,9	94,3	94,8	42	57,7	45,3	16,5	16,9	16,3	1	1	1,1	7,44	7,91	5,21	8,59	8,49	8,27	1
	RS	87,7	89,3	90,3	15,4	19,6	22,4	10,5	9,4	11,5	1,4	1,4	1,5	9,59	8,52	7,36	9,52	9,27	9,06	6
	SC	92,3	93,1	93,1	50,6	58	59,6	17,2	17,1	15,7	1,3	1,2	1,2	8,34	9,13	6,45	8,15	7,74	7,82	-
Centro-Oeste	DF	85,4	85	86,3	8	6,2	6,4	10,9	12	11	1,4	1,4	1,5	5,93	4,41	2,59	9,2	8,94	8,82	5
	GO	88,6	89	89,8	44,5	46,9	47,4	13,1	12	12,8	1,3	1,3	1,5	9,89	9,7	6,1	7,36	7,44	7,47	1
	MS	90,7	88,4	88,9	32,8	40,5	43,3	18,4	16,4	16,1	0,8	0,8	0,9	9,21	8,31	4,04	7,32	7,33	7,08	1
	MT	89,8	91,9	92,1	47,6	53,8	56,7	17,3	15,3	15,4	0,8	0,9	1,1	9,29	9,94	6,87	6,68	6,74	6,81	1



# **ANEXO**



*Ministério da Saúde*

## **Portaria nº 493 de 10 de março de 2006**

Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde.

**O Ministro de Estado da Saúde**, no uso de suas atribuições, e

Considerando que o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica constitui instrumento nacional de monitoramento das ações de saúde referentes a esse nível de atenção;

Considerando que esse Pacto é base para negociação de metas, com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde da população, a serem alcançadas por municípios e estados;

Considerando que a Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde PPI-VS foi aprovada em 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a necessidade da realização da pactuação de metas do Pacto da Atenção Básica no mesmo período da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde, resolve:

Art. 1º Aprovar a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, constante no Anexo I a esta Portaria, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os indicadores de que trata este artigo deverão ser calculados e analisados conforme as orientações mencionadas na nota técnica constantes do Anexo II a esta portaria.

Art. 2º Estabelecer as orientações, fluxos e prazos para a avaliação das metas pactuadas por municípios e estados, no ano de 2005, no Anexo III desta Portaria.

Art. 3º Estabelecer os mecanismos, fluxos e prazos para o processo de pactuação das metas para o ano de 2006, por município e estado, constantes dos Anexos IV e V a esta Portaria.

Art. 4º Constituir Grupo de Trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, composto por representantes das áreas técnicas para negociação das metas a serem pactuadas com os estados na efetivação do processo de pactuação dos Indicadores da Atenção Básica.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**Saraiva Felipe**

Ministro da Saúde

## ANEXO I

**Relação dos Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2006, para município segundo número de habitantes e Estado.**

<b>Saúde da Criança</b>				
<b>Indicador Principal</b>		<b>Município c/ menos de 80 mil habitantes</b>	<b>Município c/ 80 mil ou mais habitantes</b>	<b>Estado</b>
1	Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade	X	-	-
2	Coeficiente de mortalidade infantil	X	X	X
3	Proporção de nascidos vivos com baixo - peso ao nascer	X	X	X
4	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	X	X	X
5	Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade	X	X	X
6	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos de idade	X	X	X
<b>Indicador Complementar</b>				
7	Número absoluto de óbitos neonatais tardios	X	-	-
8	Coeficiente de mortalidade neonatal tardia	X	X	X
<b>Saúde da Mulher</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
9	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	-	X	X
10	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	<u>X</u>	X	X
11	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	X	X	X
<b>Indicador Complementar</b>				
12	Razão de mortalidade materna	-	X	X
13	Proporção de partos cesáreos	X	X	X
14	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	X	X	X
<b>Controle da Hipertensão Arterial</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
15	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	X	X	X
16	Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	X	X	X
<b>Indicador Complementar</b>				
17	Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados	X	X	X
<b>Controle do Diabetes Mellitus</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
18	Proporção de internações por complicações do diabetes mellitus	X	X	X

<b>Indicador Complementar</b>				
19	Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados	X	X	X
<b>Controle da Tuberculose</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
20	Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	X	X	X
<b>Indicador Complementar</b>				
21	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	X	X	X
<b>Eliminação de Hanseníase</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
22	Coefficiente de prevalência de hanseníase	X	X	X
23	Coefficiente de detecção de casos novos de hanseníase	X	X	X
<b>Saúde Bucal</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
24	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	X	X	X
25		X	X	X
Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada				
<b>Indicador Complementar</b>				
26	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	X	X	X
27	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	X	X	X
<b>Gerais</b>				
<b>Indicador Principal</b>				
28	Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF)	X	X	X
29	Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	X	X	X
<b>Indicador Complementar</b>				
30	Média mensal de visitas domiciliares por família	X	X	X

## ANEXO II

### PACTO DE INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA, 2006

#### NOTA TÉCNICA

##### Indicadores 1 e 2

Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade e Coeficiente de mortalidade infantil

#### **Conceito**

Mortalidade infantil é o termo usado para designar os óbitos de crianças menores de um ano de idade, ocorridos em determinado local e período.

O indicador utilizado para a sua mensuração é o coeficiente de mortalidade infantil, definido como o número de óbitos de menores de um ano de idade por 1000 nascidos vivos, em determinado local e período.

Para os municípios com população inferior a 80.000 habitantes, além do coeficiente definido acima, será utilizado o número absoluto de óbitos de menores de um ano de idade, em determinado local e período.

A diferenciação dos municípios foi adotada porque o coeficiente de mortalidade infantil tem uma grande oscilação em populações pequenas, quando avaliado um período curto de tempo, como um ano. Nesses casos, em que os óbitos infantis tendem a ser menos freqüentes, cada óbito a mais ou a menos provoca grandes variações no coeficiente, sendo importante o uso de números absolutos. Mas para garantir comparações entre municípios de porte diferente, se faz necessário o uso do coeficiente, justificando o uso destes dois indicadores para municípios com menos de 80 mil habitantes.

#### **Método de Cálculo**

Coeficiente de mortalidade infantil

$$\frac{\text{Número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 1.000$$

Os municípios com população inferior a 80.000 habitantes pactuam também o indicador Número de óbitos de crianças menores de um ano de idade em determinado local e período.

#### **Interpretação**

Estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida.

É um dos principais indicadores de saúde pública utilizado como indicador geral e como específico. Como indicador de saúde geral, expressa, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos sociais e regiões. Como indicador específico, revela as condições de saúde do grupo materno-infantil.

Os coeficientes de mortalidade infantil são classificados em altos (50 por 1000 ou mais), médios (20 a 49 por 1000) e baixos (menos de 20 por 1000), em função de patamares alcançados em países desenvolvidos (IDB 1999).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera mortalidade infantil alta aquela acima de 40 óbitos de menores de 1 ano de idade por 1.000 nascidos vivos.

Nas últimas décadas o declínio, em todo o mundo, das taxas de mortalidade infantil reflete a cobertura e eficácia de ações de saúde específicas (TRO, imunização, incentivo ao aleitamento materno, etc.), mais do que a melhoria das condições de vida da população.

Na análise da mortalidade infantil, deve-se considerar que, embora altas taxas de mortalidade infantil possam revelar precárias condições sociais e de saúde, baixos níveis de mortalidade infantil não refletem necessariamente melhoria das condições de vida da população. Por outro lado, o aumento na taxa de mortalidade infantil pode, em determinadas situações, ser resultante da melhoria dos registros dos óbitos infantis.

Por isto, para o Pacto de Indicadores 2006, continua a recomendação do uso de indicadores complementares como o coeficiente de mortalidade neonatal tardia, para aqueles municípios e estados com sistema de informações sobre mortalidade (SIM) implantado e com boa cobertura, e com coeficiente de mortalidade infantil baixo (menor que 20 por 1000 nascidos vivos).

### **Usos**

Analisar a situação de saúde e as condições de vida da população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.

Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para atenção à saúde da criança e da gestante.

### **Limitações**

Sub-registro de óbitos de menores de um ano de idade e de nascidos vivos, erro na definição de nascido vivo, erro na informação de idade da criança na declaração de óbito.

### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Denominador: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

## **Indicador 3**

### **Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer**

#### **Conceito**

Este indicador é a expressão a proporção de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, dentre os nascidos vivos, em determinado local e período.

Compreende o registro da primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a primeira hora de vida, constante da ficha do Sinasc.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos* com peso menor que 2.500 g em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos no mesmo local e período}} \times 100$$

\* Deve-se utilizar a informação de nascidos vivos por procedência da mãe (município de residência) e não por local de ocorrência do nascimento.

## **Interpretação**

A ocorrência de baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intra-uterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil.

O indicador serve como preditor da sobrevivência infantil: quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Valores em torno de 5-6% são encontrados em países desenvolvidos, e convenções internacionais estabelecem que esta proporção não deve ultrapassar 10%.

Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento sócio-econômico e de assistência materno-infantil.

## **Usos**

Analisar variações geográficas e temporais da proporção de nascidos vivos de baixo peso.

Contribuir para orientar iniciativas de intervenção nutricional e para avaliar condições orgânicas e condutas de risco da gestante (tabagismo, alcoolismo e outras).

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva, bem como proteção e atenção à saúde infantil.

## **Limitações**

A inadequada padronização de procedimentos (tempo para aferição do peso ao nascer, natureza e condições do equipamento utilizado) afeta a qualidade da informação. A mensuração está particularmente prejudicada no caso de partos não-hospitalares.

## **Fonte**

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

## **Indicador 4**

### **Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas**

#### **Conceito**

Mortalidade infantil por causas mal definidas é o termo usado para designar os óbitos de crianças menores de um ano de idade por causas mal definidas, ocorridos em determinado local e período.

Os óbitos por causas mal definidas correspondem ao Capítulo XVIII da CID-10: "Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório Não Classificados em Outra Parte" (códigos ROO-R99).

#### **Método de Cálculo**

**Número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por causas mal definidas em determinado local e período**

\_\_\_\_\_  
Número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade no mesmo local e período

x 100

## **Interpretação**

Avalia o grau da qualidade da informação sobre causas de morte. Percentuais elevados sugerem deficiências na declaração das causas de morte.

A frequência de causas mal definidas é condicionada pela disponibilidade de recursos médico-assistenciais, inclusive para diagnóstico.

O emprego de expressões ou termos imprecisos prejudica a identificação da causa básica da morte, contribuindo para o aumento dos óbitos codificados no capítulo de causas mal definidas.

### **Usos**

Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por causas mal definidas, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.

Avaliar a qualidade das estatísticas de mortalidade e das condições de prestação de serviços de saúde.

Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação dos sistemas de informação sobre mortalidade, para adoção de medidas destinadas a aprimorar o preenchimento da Declaração de Óbito.

### **Limitações**

As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.

### **Fonte**

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

## **Indicador 5**

### **Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos**

#### **Conceito**

Ocorrência de internações hospitalares por Infecção Respiratória Aguda (IRA) na população residente de menores de 5 anos, pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado local e período.

#### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de internações por IRA* em crianças residentes menores de 5 anos de idade em determinado local e período}}{\text{Total de crianças menores de 5 anos, no mesmo local e período}} \times 1.000$$

\*Os códigos de procedimentos do SIH/SUS para determinar a causa de internação por IRA são: 71300066, 76300188, 76300021, 76300056, 76300064, 76300072, 76300080, 76300110, 76400077, 76400085, 42003024 e 42008069.

OBS: Deve-se considerar as internações por procedência da criança (município de residência) e não de ocorrência da internação.

#### **Interpretação**

Mede o risco de crianças menores de 5 anos de idade serem internadas por infecção respiratória aguda (IRA) no Sistema Único de Saúde (SUS).



Altas taxas de internações neste grupo de causa sugerem condições assistenciais insatisfatórias ao grupo infantil, isto é, uma precariedade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde - principalmente os de atenção básica - oferecidos à população.

### **Usos**

Analisar variações geográficas e temporais nas taxas de internações hospitalares, por IRA em crianças menores de 5 anos de idade, identificando situações de desequilíbrio que possam merecer atenção especial.

Contribuir na realização de análises comparativas da concentração de recursos médico-hospitalares.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar.

### **Limitações**

A oferta de serviços reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como os critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.

Não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, as quais podem concentrar atendimento em determinadas especialidades assistenciais, influenciando o padrão de atendimento no SUS.

O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente durante o período analisado.

O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de morbidade informada.

Pode haver um registro indevido do endereço da criança, prejudicando a identificação do seu município de origem (residência).

### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 6**

### **Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda (DDA) em menores de 5 anos**

#### **Conceito**

Ocorrência de internações hospitalares por Doença Diarréica Aguda (DDA) na população residente de menores de 5 anos, pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado local e período.

#### **Método de Cálculo**

$$\frac{\text{Número de internações por DDA* em crianças residentes menores de 5 anos de idade em determinado local e período}}{\text{Total de crianças menores de 5 anos, no mesmo local e período}} \times 1.000$$

\*Os códigos de procedimentos do SIH/SUS para determinar a causa de internação por doença diarréica aguda são: 72300019, 74300270, 74300288, 75300192 e 76400271.

OBS: Deve-se considerar as internações por procedência da criança (município de residência) e não de ocorrência da internação.

### **Interpretação**

Mede o risco de crianças menores de 5 anos de idade serem internadas por doença diarréica aguda (DDA) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Altas taxas de internações neste grupo de causa sugerem condições assistenciais insatisfatórias ao grupo infantil, isto é, precariedade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde - principalmente os de atenção básica - oferecidos à população.

### **Usos**

Analisar variações geográficas e temporais nas taxas de internações hospitalares, por DDA em crianças menores de 5 anos de idade, identificando situações de desequilíbrio que possam merecer atenção especial.

Contribuir na realização de análises comparativas da concentração de recursos médico-hospitalares.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar.

### **Limitações**

A oferta de serviços reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como os critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.

Não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, as quais podem concentrar atendimento em determinadas especialidades assistenciais, influenciando o padrão de atendimento no SUS.

O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente durante o período analisado.

O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de morbidade informada.

Pode haver um registro indevido do endereço da criança, prejudicando a identificação do seu município de origem (residência).

### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicadores 7 e 8**

### **Número absoluto de óbitos neonatais tardios e Coeficiente de mortalidade neonatal tardia**

#### **Conceito**

Estes são indicadores complementares de mortalidade infantil, que refletem os óbitos ocorridos entre 7 dias e 27 dias entre os nascidos vivos em determinado local e período.

#### **Método de Cálculo**

#### **Coeficiente de mortalidade neonatal tardia**

$$\frac{\text{Número de óbitos de crianças com idade entre 7 e 27 dias em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos no mesmo local e período}} \times 1.000$$

Os municípios com população inferior a 80.000 habitantes pactuam também o indicador Número absoluto de óbitos de crianças com idade entre 7 e 27 dias em determinado local e período.

### **Interpretação**

Estima o risco de um nascido vivo morrer entre 7 e 27 dias de vida.

Coefficientes elevados estão geralmente relacionados a condições insatisfatórias em relação ao nível sócio-econômico da população, a más condições de saúde da mãe e a insatisfatória assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

### **Usos**

Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade neonatal, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais, complementando as informações de mortalidade infantil.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento sócio-econômico da população.

### **Limitações**

Sub-notificação de óbitos neonatais, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

### **Fonte**

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

## **Indicador 9**

### **Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados**

#### **Conceito**

Este indicador é a expressão da proporção de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de idade investigados, em relação ao total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de idade, em determinado local e período.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de idade investigados, em determinado local e período}}{\text{Número total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de idade, no mesmo local e período}} \times 100$$

#### **Interpretação**

O resultado desse indicador traduz a capacidade de investigação do sistema de vigilância e dos comitês de investigação de óbitos (uma vez que estes comitês também assumem a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil).

Segundo a Portaria Nº 1.172 do Ministério da Saúde, publicada em 15 de junho de 2004, que regulamenta a NOB 96, a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna é atribuição dos municípios. A investigação do óbito materno deve ser conduzida pelos departamentos de vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde e, de forma complementar ou suplementar, pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Recomenda-se que, devido à importância dessa prática, os Comitês de Morte Materna realizem a investigação dos óbitos maternos nos estados ou municípios onde os departamentos de vigilância epidemiológica não estejam aptos a realizar esta ação.

**Usos**

Incentivar a criação e pleno funcionamento dos Comitês de Mortalidade Materna.

Dimensionar as principais causas de óbito na população feminina em idade fértil.

Contribuir para reduzir o sub-registro e subnotificação dos óbitos maternos.

Identificar os determinantes da mortalidade materna.

Avaliar a implementação das ações de vigilância do óbito de mulheres em idade fértil.

Melhorar o registro e a notificação dos óbitos maternos.

Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde da mulher.

**Limitações**

Sub-registro de óbitos.

Fonte da informação não sistematizada.

**Fonte**

Numerador: Comitês de Morte Materna

Denominador: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

**Indicador 10****Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal****Conceito**

Este indicador é a expressão da proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal, em determinado local e período.

**Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 100$$

**Interpretação**

Indica a concentração de consultas de atendimento pré-natal, a partir da quarta consulta.

**Usos**

Analisar a cobertura dos serviços de pré-natal, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.

Subsidiar o planejamento e avaliação de políticas de saúde voltadas para o atendimento pré-natal.

**Limitações**

Não abrange o universo das gestantes, excluindo aquelas que tiveram aborto ou como produto da gestação o nascido morto.

É um indicador quantitativo do número de consultas, não fornecendo informação sobre a qualidade do atendimento.

Implantação parcial do Sinasc em alguns estados e municípios.

**Fonte**

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

## **Indicador 11**

### **Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária**

#### **Conceito**

Este indicador reflete, em forma de razão, o número de exames de citopatologia realizados em mulheres de 25 a 59 anos em relação à população feminina da mesma faixa etária, em determinado local e período.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos em determinado local e período}}{\text{Número total de mulheres de 25 a 59 anos no mesmo local e período}}$$

#### **Interpretação**

Indica a cobertura da população feminina de 25 a 59 anos com relação a exames citopatológicos cérvico-vaginais.

O indicador objetiva avaliar, de forma direta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (educação para a saúde, captação e diagnóstico precoce) do câncer de colo de útero.

Na medida em que é preconizada a realização de um exame a cada três anos após dois resultados negativos de exames anuais, razões acima de 0,3 podem ser consideradas adequadas.

#### **Usos**

Identificar a cobertura desta ação nos grupos de risco da população feminina e orientar a adoção de medidas de controle.

Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para atenção à saúde da mulher desse grupo etário.

#### **Limitações**

O numerador só abrange o universo de exames de mulheres, desse grupo etário, atendidas em unidades vinculadas ao SUS enquanto o denominador inclui, também, o conjunto de mulheres beneficiárias de seguros privados de saúde.

Não reflete adequadamente a cobertura ou concentração deste procedimento na população alvo pois não identifica a realização de vários procedimentos em uma mesma mulher.

A fonte de informação é o Siscam/Siscolo, cujas informações não estão disponíveis para os municípios que não contam com laboratórios de citopatologia.

#### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações do Câncer da Mulher – Siscam/Siscolo.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 12**

### **Razão de mortalidade materna**

#### **Conceito**

Este indicador reflete o número de óbitos femininos ocorridos por causas maternas por 100.000 nascidos vivos, em determinado local e período.

Morte materna, segundo a CID-101, é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias, após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

A maioria das causas de morte materna na CID-10 está classificada no Capítulo XV, devendo ser excluídos os códigos O96, morte materna tardia (a morte que ocorre após 42 dias e em menos de um ano, após o parto) e O97, morte por seqüela de causa obstétrica direta (morte por qualquer causa obstétrica que ocorre um ano ou mais após o parto).

Além disto, as seguintes causas de morte, não incluídas no capítulo XV, devem ser incluídas na classificação de morte materna: tétano obstétrico (A34, Capítulo I), doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 a B24, Capítulo I), necrose pós-parto da hipófise (E23.0, Capítulo IV), osteomalácia puerperal (M83.0, Capítulo XII) e os transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53, Capítulo V), mola hidatiforme (D.39.2 Capítulo II). Neste caso o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto. As doenças causadas pelo HIV devem ser consideradas após investigação, assim como os óbitos classificados no código E.23, pois apenas a necrose pós – parto de hipófise é causa materna.

Embora rara, pode ocorrer morte materna (obstétrica indireta) conseqüente a causas externas; nesse caso, codificar segundo o Capítulo XV, códigos V,W,X e Y.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de óbitos femininos por causas maternas (obstétricas diretas, indiretas e não especificados- 095) em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 100.000$$

Obs: Este indicador não deverá ser pactuado por municípios com menos de 80 mil habitantes.

#### **Interpretação**

A mortalidade materna é um indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher. As mortes de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério são, atualmente e em sua maioria, passíveis de prevenção e evitáveis. Em 1990, segundo a OMS, 95% dos óbitos maternos ocorreram nos países em desenvolvimento. Na América Latina, estima-se que 98% das mortes maternas seriam evitáveis se, nestes países, as mulheres tivessem condições de vida e saúde semelhantes às dos países desenvolvidos.

A ocorrência de óbito materno tem sido proposta por alguns autores como evento sentinela para indicar qualidade deficiente dos cuidados oferecidos à população.(A taxa de mortalidade materna acima de 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos pode ser considerada elevada.) Países desenvolvidos têm taxas de mortalidade materna de 4 a 8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

A interpretação desse indicador deve ser cuidadosa, posto que a elevação da taxa de mortalidade materna nem sempre significa um aumento real de óbitos maternos. Ela pode estar associada à melhoria da qualidade da informação e/ ou do registro dos óbitos nas mulheres em idade fértil. Apesar disso, sua magnitude é indicativa da maior ou menor necessidade de investimentos na assistência obstétrica, assim como na melhoria das condições de vida da população. Ao se utilizar os dados diretos disponíveis nos municípios, em virtude da crescente organização e atuação dos setores de vigilância epidemiológica e comitês de morte materna, o indicador pode apresentar elevação no valor, devido à melhoria do sistema de informação.

### **Usos**

Avaliação da qualidade e acesso à assistência obstétrica

Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde da mulher.

Analisar a situação de saúde e condições de vida da população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.

### **Limitações**

Subinformação dos óbitos maternos (os médicos informam a causa terminal e não a básica, ao preencherem a declaração de óbito, como também, muitas vezes, não registram se a mulher estava ou não grávida, por ocasião do óbito).

Sub-registro, que é a omissão do registro do óbito em cartório, freqüente nas regiões norte, nordeste e centro oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios que realizam sepultamento sem Certidão de Óbito e guia de sepultamento (chamados de cemitérios clandestinos). Pode haver sub-registro de óbitos maternos e sub-registro de nascidos vivos.

### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Denominador: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Complementar com informações sobre óbitos provenientes dos setores de vigilância epidemiológica e/ou Comitês de Morte Materna.

## **Indicador 13**

### **Proporção de partos cesáreos**

#### **Conceito**

Este indicador reflete a proporção de partos cesáreos realizados dentre o total de partos ocorridos, em determinado local e período.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de partos cesáreos de mães residentes em determinado local e período}}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}} \times 100$$

#### **Interpretação**

Mede a ocorrência de partos cesáreos no total de partos hospitalares, a partir das informações disponíveis na base de dados sobre nascidos vivos.

Os limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde para partos cesáreos são: para unidades hospitalares de alto risco - 40% e para unidades de risco habitual - até 25%.

Este é um indicador que apesar de complementar deve ser monitorado pelo gestor municipal uma vez que os partos não ocorrem na atenção básica. A portaria GM nº 466, de 14/06/2000, retificada em 30/06/2000 propôs o Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea, a ser firmado entre os gestores estaduais e o gestor federal, estabelecendo a taxa de 25% como desejável para todos os estados até 2007.

#### **Usos**

Identificar desvios de taxas de cesáreas preconizadas e orientar a adoção de medidas de controle.

Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica hospitalar.

#### **Limitações**

Possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, deixando de ser incorporados à base Sinasc.

Implantação parcial do Sinasc em alguns estados e municípios.

Taxas baixas de cesárea podem refletir dificuldade de acesso aos serviços, não significam necessariamente boa qualidade.

#### **Fonte**

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

### **Indicador 14**

#### **Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal**

#### **Conceito**

Este indicador é a expressão da proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, em determinado local e período.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos, no mesmo local e período}} \times 100$$

#### **Interpretação**

Indica a concentração de consultas de atendimento pré-natal, a partir da sétima consulta.

#### **Usos**

Analisar a cobertura dos serviços de pré-natal, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.

Subsidiar o planejamento e avaliação de políticas de saúde voltadas para o atendimento pré-natal.

#### **Limitações**

Não abrange o universo das gestantes, excluindo aquelas que tiveram aborto ou como produto da gestação o nascido morto.



É um indicador quantitativo do número de consultas, não fornecendo informação sobre a qualidade do atendimento.

Implantação parcial do Sinasc em alguns estados e municípios.

**Fonte**

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

**Indicador 15**

**Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

**Conceito**

Este indicador reflete a ocorrência de internações por acidente vascular cerebral (AVC) na população de 40 anos e mais, em determinado local e período.

**Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC)* na população de 40 anos e mais em determinado período}}{\text{População de 40 anos e mais no mesmo local e período}} \times 10.000$$

\*O código de procedimento do SIH/SUS para determinar a causa de internação por AVC: 81500106

**Interpretação**

Medida de morbidade hospitalar por acidente vascular cerebral, no âmbito do SUS. O indicador objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) da doença hipertensiva.

Não existem parâmetros de comparação. Espera-se que nos municípios que priorizem a execução dessas ações ocorra uma redução dessa taxa.

**Usos**

Identificar grupos de risco na população e orientar a adoção de medidas de controle. Subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e as ações voltadas para a atenção à saúde do adulto.

**Limitações**

O numerador só abrange o universo das internações hospitalares na rede SUS, enquanto o denominador inclui, também, o conjunto de pessoas beneficiárias de seguros privados de saúde.

**Fonte**

Numerador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS -SIH-SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## Indicador 16

### Taxa de Internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)

#### Conceituação

Este indicador é a expressão da ocorrência de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) na população, em determinado local e período.

#### Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)* na população com 40 anos e mais em determinado local e período}}{\text{População com 40 anos e mais no mesmo local e período}} \times 10.000$$

\*Os códigos de procedimentos do SIH/SUS para determinar a causa de internação por ICC são: 77300050, 77300149, 77500113 e 77500164.

#### Interpretação:

Medida de morbidade hospitalar por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), no âmbito do SUS.

Indicador objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) da doença hipertensiva.

Não existem parâmetros de comparação. Espera-se que nos municípios que priorizem a execução dessas ações ocorra uma redução dessa taxa.

#### Usos:

Identificar grupos de risco na população e orientar a adoção de medidas de controle.

Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações voltadas para a atenção à saúde do adulto.

#### Limitações:

O numerador só abrange o universo das internações hospitalares na rede SUS, enquanto o denominador inclui, também, o conjunto de pessoas beneficiárias de seguros privados de saúde.

O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente, pela mesma causa, durante o período analisado.

O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de morbidade informada.

#### Fonte:

Numerador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## Indicador 17

### Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados

#### Conceito

Este indicador revela a proporção de pessoas portadoras de hipertensão arterial que estão cadastradas nas Unidades de Saúde em relação aos hipertensos estimados.

#### Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de portadores de hipertensão cadastrados* no HiperDia}}{\text{Nº de portadores de hipertensão estimados**}} \times 100$$

\* Número de hipertensos cadastrados no Sis-HiperDia (Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus).

\*\* Número de hipertensos estimados no município corresponde a 35% da população (IBGE) maior de 40 anos, segundo dados de pesquisa de prevalência de 1986 (Estudos Populacionais Brasileiros) e usados como parâmetro pela Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus desde de 2001.

### **Interpretação**

Indicador de processo que permite avaliar o cadastramento dos portadores de Hipertensão Arterial.

Não existe parâmetro de comparação.

### **Usos**

Mede a capacidade das equipes em cadastrar os portadores de Hipertensão Arterial no Sis-HiperDia.

Avalia de forma indireta o acesso aos serviços de saúde.

Subsidiar o planejamento a curto prazo por meio da utilização dos dados do sistema de cadastro dos portadores norteando novas ações de atenção aos portadores de Hipertensão Arterial.

Pode vir a ser um requisito de qualidade na organização dos serviços de atenção básica.

### **Limitações**

Implantação parcial do Sis-HiperDia nos municípios. O cadastramento vem sendo negligenciado ou interrompido e o módulo de acompanhamento não foi implantado por alguns municípios.

### **Fonte**

Numerador: Sis-HiperDia / Datasus

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 18**

### **Proporção de Internações por complicações do Diabetes Mellitus**

#### **Conceito**

Este indicador avalia a contribuição das internações por complicações do diabetes mellitus para o total das internações hospitalares, em determinado local e período.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de internações por complicações do diabetes mellitus* em X 100}}{\text{determinado local e período}}$$

---

**Total das hospitalizações (exceto partos) no mesmo local e período**

\*Os códigos de procedimentos do SIH/SUS para determinar a causa de internação por diabetes são: 82300046 e 82500053.

**Interpretação**

Medida de morbidade hospitalar por diabetes, no âmbito do SUS.

O indicador objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) das doenças crônico- degenerativas não transmissíveis.

Espera-se que, nos municípios que priorizem a execução de ações de controle do diabetes mellitus, ocorra uma diminuição no número de internações de uma forma geral na população.

**Usos**

Identificar grupos de risco na população e orientar a adoção de medidas de controle. Avalia a qualidade do atendimento ambulatorial prestado aos pacientes de diabetes mellitus.

Contribuir na realização de análises comparativas da concentração de recursos médico-hospitalares.

Subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas públicas e as ações voltadas para a assistência médico-hospitalar.

**Limitações**

O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente, pela mesma causa, durante o período analisado. Frequentemente o diabetes mellitus não é a causa principal da internação, mas sim uma de suas complicações.

O aumento proporcional de internações por determinado grupo de causa pode decorrer apenas da redução das ocorrências em outros grupos.

O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de morbidade informada.

**Fonte**

Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS.

**Indicador 19**  
**Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados****Conceito**

Este indicador revela a proporção de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus que estão cadastradas nas Unidades de Saúde em relação aos diabéticos estimados.

**Método de cálculo**
$$\frac{\text{Número de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados* no HiperDia}}{\text{Nº de portadores de Diabetes Mellitus estimados** no município}} \times 100$$

\* Número de diabéticos cadastrados no Sis-HiperDia (Sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus).

\*\*Número de diabéticos estimados no município corresponde a 11% da população (IBGE) maior de 40 anos, segundo dados de pesquisa de prevalência de 1986 (Estudos Populacionais Brasileiros) e usados como parâmetro pela Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus desde de 2001.

### **Interpretação**

Indicador de processo que permite avaliar o cadastramento dos portadores de Diabetes Mellitus.

Não existe parâmetro de comparação.

### **Usos**

Mede a capacidade das equipes em cadastrar os portadores de Diabetes Mellitus no Sis-HiperDia.

Avalia de forma indireta o acesso aos serviços de saúde.

Subsidiar o planejamento a curto prazo por meio da utilização dos dados do sistema de cadastro dos portadores norteando novas ações de atenção aos portadores de Diabetes Mellitus.

Pode vir a ser um requisito de qualidade na organização dos serviços de atenção básica.

### **Limitações**

Implantação parcial do Sis-HiperDia nos municípios. O cadastramento vem sendo negligenciado ou interrompido e o módulo de acompanhamento não foi implantado por alguns municípios.

### **Fonte**

Numerador: Sistema HiperDia / Datasus

Denominador: Base demográfica do IBGE

## **Indicador 20 Proporção de abandono de tratamento da tuberculose**

### **Conceito**

Este indicador reflete a proporção de casos novos de tuberculose (todas as formas) encerrados por abandono, em relação ao total de casos novos de tuberculose diagnosticados, em determinado local e período.

### **Método de cálculo**

Número de casos novos de tuberculose encerrados por abandono em determinado local e período\*

----- x 100

Total de casos novos de tuberculose diagnosticados no mesmo local e período\*\*

\* Consolidado municipal do Sinan (relatório de 9 meses).

\*\* Campo 28 da Ficha de notificação/investigação de Tuberculose do Sinan

### **Interpretação**

É um indicador operacional que avalia a adesão ao tratamento de tuberculose e a qualidade dos serviços prestados.

## Usos

Avaliar programas de controle da tuberculose.

Possibilita análise de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da tuberculose.

## Limitações

A qualidade dos dados depende da implantação e alimentação regular do sistema de informações utilizado, bem como das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica.

## Fonte

Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan)

## Indicador 21

### Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva

#### Conceito

Este indicador reflete o número de casos novos de tuberculose pulmonar positiva, expresso por 100.000 habitantes, em um determinado local e período.

#### Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos de tuberculose pulmonar positiva *em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100.000$$

\* Campos 28 e 34 da Ficha de notificação/investigação de Tuberculose do Sinan

#### Interpretação

Estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose pulmonar positiva.

A ocorrência de casos indica a persistência de fatores favoráveis à propagação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que é transmitido de um indivíduo a outro.

Taxas elevadas de incidência de tuberculose estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento sócio-econômico e a insatisfatórias condições assistenciais de diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose existente. Outro fator a ser considerado é a cobertura de vacinação pelo BCG.

A associação entre tuberculose e infecção pelo HIV pode resultar em aumento da morbidade por tuberculose.

## Usos

Identificar grupos de risco, em especial as áreas e as características das pessoas associadas a maior ocorrência de casos, tais como, sexo, idade, estilos de vida, ocupação, condição social e associação com outras patologias (AIDS).

Monitorar tendências da doença, no tempo, espaço e grupos populacionais específicos.

Proceder análise comparada das condições de saúde, com vistas ao planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações do setor.

Avaliar programas de prevenção e controle da tuberculose.

## Limitações

O indicador baseia-se na notificação de eventos ocorridos, sendo dependente das condições técnico-operacionais para a detecção, notificação e confirmação de casos. Tais condições são peculiares a cada área geográfica de processamento dos dados e podem variar ao longo do tempo, em função de fatores como: ampliação das fontes de notificação, intensidade dos esforços realizados para a detecção de casos, sensibilidade

e especificidade das técnicas de diagnóstico utilizadas, mudanças de critérios para definição de caso.

As bases de dados dos sistemas estaduais e municipais de diagnóstico e notificação de casos apresentam expressivas variações de cobertura, quantitativas e qualitativas, com diferentes graus de registro, de coleta e de transmissão de dados.

O fluxo de informações para os níveis estadual e nacional sofre atrasos decorrentes, entre outras causas, do tempo necessário à investigação e confirmação do caso pela vigilância epidemiológica local.

### Fonte

Numerador: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan)

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## Indicador 22 Coeficiente de prevalência de hanseníase

### Conceito

Este indicador reflete o nível de eliminação, a magnitude da ocorrência da hanseníase numa determinada população, sendo expresso pelo número de casos de hanseníase em curso de tratamento por 10.000 habitantes, em um determinado local e período.

### Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de pacientes de hanseníase em curso de tratamento em determinado local e período}}{\text{População total no mesmo local e período}} \times 10.000$$

### Interpretação

Indica a magnitude da doença na população.

Indicador pactuado e recomendado pela OMS para monitorar e acompanhar o nível de eliminação da hanseníase enquanto um problema de saúde pública.

O nível endêmico é classificado em:

Hiperendêmico:	$\geq 20$ casos por 10.000 habitantes
Muito alto:	10 a 19 casos por 10.000 habitantes
Alto:	05 a 09 casos por 10.000 habitantes
Médio:	01 a 04 casos por 10.000 habitantes
Baixo:	< 01 caso por 10.000 habitantes

A meta de eliminação é alcançar o valor de menos de 1 doente a cada 10.000 habitantes.

### Usos

Analisar a situação da hanseníase, identificando grupos e as áreas de risco e monitorando o nível de eliminação da doença no tempo, espaço e grupos populacionais específicos.

Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a vigilância epidemiológica, principalmente aquelas dirigidas para a eliminação da hanseníase enquanto um problema de saúde pública.

### **Limitações**

Indicador influenciado pela capacidade dos serviços de saúde de fornecer em tempo hábil e oportuno informações de qualidade do acompanhamento dos casos notificados conforme descrição a seguir:

- A não atualização dos registros de comparecimento dos casos de hanseníase em curso de tratamento poderá subestimar a taxa de prevalência;
- A não atualização de informações de alta por cura poderá superestimar a prevalência.
- Duplo registro – superestima a prevalência

### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 23**

### **Coefficiente de detecção de casos novos de Hanseníase**

#### **Conceito**

Este indicador é a expressão do número de casos novos confirmados de hanseníase na população residente em determinado local e período.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de casos novos de hanseníase notificados* em determinado local e período}}{\text{População total no mesmo local e período}} \times 10.000$$

\* Excluir os casos identificados como erro diagnóstico

#### **Interpretação**

Mede a força de morbidade, magnitude e tendência da doença. Serve como aproximação da taxa de incidência de hanseníase.

#### **Usos**

Determinar a tendência e avaliar as mudanças na situação da hanseníase ao longo do tempo;

Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos novos confirmados de hanseníase, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença;

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de controle da hanseníase.

#### **Limitações**

A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de hanseníase.

Indicador influenciado pela capacidade dos serviços de saúde promoverem ações de detecção de casos de hanseníase como campanhas de divulgação, busca ativa entre grupos selecionados, vigilância de contatos e inclusão no SINAN das informações de notificações dos casos.

Notificação individual de pacientes residentes no município recebendo assistência médica em outro município.



**Fonte**

Numerador: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Denominador: Base demográfica do IBGE

**Indicador 24****Cobertura de primeira consulta odontológica programática****Conceito**

É o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no Sistema Único de Saúde (SUS).

A primeira consulta odontológica programática é aquela em que o exame clínico odontológico do paciente é realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), no âmbito de um programa de saúde.

**Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas* realizadas em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

\* Código do SIA/SUS: 03.021.01-7. Observação: A descrição deste procedimento foi alterada pela Portaria SAS Nº 95, de 14 de fevereiro de 2006.

**Interpretação**

Estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS, como o objetivo de elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico, tendo esse plano resolução completa na atenção básica ou inclua ações de média e alta complexidade. Considera, portanto, que a equipe intenciona dar seguimento ao plano preventivo-terapêutico para atender as necessidades detectadas. Ou seja, não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto.

Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em programas de saúde: mental, da mulher, do trabalhador, do adolescente, do idoso etc.

**Usos**

Analisar a cobertura da população com primeira consulta odontológica programática na atenção básica, identificando variações geográficas e temporais que demandem a implementação de medidas para ampliação do acesso aos serviços odontológicos básicos.

Contribuir para a avaliação do perfil de atendimento dos serviços odontológicos básicos no SUS.

Subsidiar a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal na atenção básica.

### **Limitações**

Inconsistência no registro deste evento pelos profissionais. Comumente ocorrem registros do código “Consulta Odontológica (1ª consulta)– 03.021.01-7” em qualquer tipo de consulta, seja de urgência/emergência, consultas de atendimento a demanda espontânea ou consulta subsequente (retorno). A descrição do procedimento na tabela SIA/SUS define como “exame do paciente com finalidade de diagnóstico e/ou plano de tratamento, e condicionamento do paciente”. Não existe código para os outros tipos de consulta odontológica. Portanto, os outros casos devem ser registrados somente como procedimentos realizados.

Exemplo: Registrar como uma restauração uma exodontia e não uma “Primeira Consulta Odontológica”.

É necessário realizar treinamento, com vistas a padronizar o conceito “primeira consulta odontológica programática” e aprimorar os registros.

### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 25**

### **Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada**

#### **Conceito**

É o percentual de pessoas que participam da ação coletiva escovação dental supervisionada. Tal ação é dirigida, necessariamente, a um grupo de indivíduos, e não a ação individual em que atividades educativas são realizadas no âmbito clínico para uma única pessoa.

No cálculo deste indicador deve-se obter, primeiro, a média anual de participantes da ação. Para obter essa média soma-se o número de pessoas participantes em cada mês, independente da frequência com que se realizou a atividade, dividindo-se o valor pelo número de meses em que a ação foi realizada, e o resultado deve ser dividido pela população.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Média anual de pessoas participantes na ação coletiva Escovação Dental Supervisionada* realizada em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

\* Código do SIA/SUS: 03.011.02-0 (Portaria nº 95, de 14 de fevereiro de 2006)

#### **Interpretação**

Expressa a proporção de pessoas que teve acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

Prevendo-se que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada será realizada com dentifrício fluoretado, este indicador também permite estimar a proporção de pessoas que teve acesso ao flúor tópico do dentifrício.

Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, verificando-se relações entre as variações temporais deste indicador e os de cárie dentária e doença periodontal.

### **Usos**

Contribuir para o monitoramento do grau de acesso da população à prevenção de doenças bucais.

Subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal e avaliar a necessidade de ampliação das ações preventivas e de promoção da saúde bucal.

### **Limitações**

O indicador limita-se a um tipo de ação coletiva.

Baixas coberturas não implicam ausência de acesso a ações preventivas de doenças bucais e de promoção da saúde. Mas, sendo a escovação dental supervisionada, uma ação coletiva fundamental e de importante significado quanto à capacidade do sistema de saúde de desenvolver ações coletivas, os resultados permitem avaliar os rumos da atenção em saúde bucal. A ausência da ação, ou percentuais baixíssimos, indicam que a assistência está sendo priorizada. Para uma análise mais ampla, contudo, outras informações devem ser agregadas.

Considerando que o registro da ação é por pessoa/mês, independente da frequência da atividade (diária, semanal, quinzenal ou mensal) e que a média anual é calculada somando-se o número de pessoas participantes da atividade em cada mês e dividindo-se pelo número de meses em que a atividade foi realizada, um local que realize a atividade apenas em um mês no ano (ou, ainda, duas, três, ou quatro vezes por ano, por exemplo) poderá ter percentual de cobertura semelhante a outro que a realize em todos os meses do ano. Portanto o resultado do indicador deve ser analisado com cautela e prudência na comparação de realidades distintas.

### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS-SIA/SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 26**

### **Média de procedimentos odontológicos básicos individuais**

#### **Conceito**

Consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de procedimentos odontológicos básicos individuais* em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}}$$

\* Códigos do SIA/SUS: procedimentos odontológicos básicos que compõem o Grupo 03, à exceção dos códigos 03.011.02-0, 03.011.03-8, 03.011.04-6, 03.011.05-4 (Ações Coletivas criados pela Portaria SAS N° 95, de 14 de fevereiro de 2006), e 03.021.01-

7(Primeira Consulta Odontológica Programática), mais os procedimentos do Grupo 10 que a partir da NOAS/01 passaram a compor o elenco de procedimentos odontológicos básicos individuais (10.041.01-0 - necropulpectomia de dente decíduo/permanente; 10.051.15-5 - glossorrafia e 10.051.36-8 - ulectomia).

### **Interpretação**

Expressa a concentração de ações com procedimentos clínico-cirúrgicos, realizados por pessoa pelos serviços odontológicos básicos do SUS.

Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se, assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população.

### **Usos**

Subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal.

Avaliar a necessidade de ampliação de ações individuais, sejam essas preventivas ou terapêuticas.

Monitorar o grau da assistência odontológica básica individual em diferentes níveis de avaliação.

### **Limitações**

Sub-registro dos procedimentos no SIA/SUS.

### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 27**

### **Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais**

#### **Conceito**

Consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais realizadas no âmbito do SUS.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de procedimentos odontológicos individuais especializados* realizados em determinado local e período}}{\text{Número total de procedimentos odontológicos individuais** realizados em determinado local e período}} \times 100$$

\* Códigos do SIA/SUS: procedimentos odontológicos especializados que compõem o Grupo 10.

\*\* Todos os Códigos do SIA/SUS que compõem elenco de procedimentos odontológicos individuais: Grupo 03, à exceção dos códigos 03.011.02-0, 03.011.03-8,

03.011.04-6, 03.011.05-4 (Ações Coletivas) e 03.021.01-7(Primeira Consulta Odontológica Programática) e o Grupo 10.

### **Interpretação**

Possibilita a análise do acesso da população aos serviços públicos odontológicos especializados. Cotejados com dados epidemiológicos, permite aprofundar a análise da evolução das doenças bucais, e obter noção sobre o grau de integralidade dos cuidados. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se em que medida os serviços odontológicos do SUS estão respondendo às necessidades da população na assistência odontológica especializada, e também, em certa medida, o grau de resolutividade da atenção básica.

### **Usos**

Subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal. Monitorar o acesso da população aos serviços odontológicos especializados, o grau da atenção e a integralidade do cuidado.

### **Limitações**

Sub-registro dos procedimentos no SIA/SUS.  
Na análise deste indicador, deve-se considerar que a oferta de serviços odontológicos especializados na rede SUS passa por processo de priorização/ampliação que iniciou 2004, a partir da instituição da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente. A adesão dependente do interesse do gestor municipal ou Estadual.

### **Fonte**

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

## **Indicador 28**

### **Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família**

#### **Conceito**

Este indicador reflete em percentual a cobertura média da estratégia saúde da família no estado/município.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Nº de Equipes de Saúde da Família cadastrada no Siab em determinado local e período} \times 3.450^*}{\text{População ** total no mesmo local e período}} \times 100$$

\* De acordo com a Portaria GM/Nº 157, de 19 de fevereiro de 1998, cada Equipe de Saúde da Família é responsável por no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas, tendo como média 3.450 pessoas.

\*\* População considerada pelo Ministério da Saúde para pagamento do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável.

#### **Interpretação**

Mede a cobertura populacional do Programa Saúde da Família.

#### **Usos**

Avaliar se a estratégia saúde da família constitui-se no eixo de reorientação da atenção básica nos estados e municípios.

Acompanhar e avaliar o processo de extensão da cobertura das ações de saúde da família, identificando as variações geográficas existentes.

### **Limitações**

Para efeito de pagamento, o Ministério da Saúde considera a população de anos anteriores o que difere da população estimada para o ano da pactuação.

### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab)

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 29**

### **Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas**

#### **Conceituação**

Este indicador reflete a média anual de consultas médicas realizadas, por habitante, nas especialidades básicas, em determinado local e período.

#### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número* de consultas médicas nas especialidades básicas**}, \text{ em determinado local e período}}{\text{População total no mesmo local e período}}$$

\* Utilizar os registros das quantidades apresentadas de consultas médicas básicas

\*\*Código dos procedimentos no SIA/SUS:

02.011.02 Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas com remoção

02.011.03 Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas

02.011.04 Atendimento médico de urgência com observação até 8 horas

02.012.01 Atendimento clínico para indicação/fornecimento de diafragma

02.012.02 Atendimento clínico para indicação/fornecimento/inserção de DIU

02.012.03 Consulta de pré-natal realizada por médico

02.012.04 Consulta em clínica médica

02.012.05 Consulta em gineco-obstetrícia

02.012.06 Consulta em ginecologia

02.012.07 Consulta em pediatria

02.12.08 Consulta médica do PSF

02.12.09 Consulta médica domiciliar realizada por médico do PSF

02.012.10 Consulta médica para hanseníase.

02.012.11 Consulta medica puerperal para conclusão de assistência obstétrica,

02.012.12 Consulta para diagnóstico de diabetes mellitus realizada por medico

02.012.13 Acompanhamento e avaliação de portador de diabetes mellitus realizada por medico

02.012.14 Consulta especializada para identificação de casos novos de tuberculose

02.012.15 Consulta de tratamento auto administrado para alta por cura de paciente com tuberculose

02.012.16 Consulta de tratamento supervisionado para alta por cura de paciente com tuberculose.

02.0121.8 Consulta para avaliação clínica do fumante

### **Interpretação**

A oferta de consultas médicas nas especialidades básicas reflete a capacidade da rede básica em prestar assistência individual.

### **Usos**

Avaliar e reprogramar a oferta de consultas básicas ambulatoriais.

### **Limitações**

Dificuldade de se definir um parâmetro ideal de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante.

Sub-registro das informações no SIA/SUS, principalmente a partir da introdução do Siab.

### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Denominador: Base demográfica do IBGE.

## **Indicador 30**

### **Média mensal de visitas domiciliares por família**

#### **Conceito**

Este indicador reflete a média de visitas domiciliares de profissionais de nível superior, nível médio e agentes comunitários de saúde (ACS), realizadas por família e por mês, em determinado local e período.

#### **Método de cálculo**

Número\* de visitas domiciliares de profissionais de nível superior, médio e ACS\*\*, em um determinado local e período

---

Número de famílias no município\*\*\* X número de meses, no mesmo local e período

\* Utilizar os registros das quantidades apresentadas de visitas domiciliares por família

\*\*Código dos procedimentos no SIA/SUS:

01.023.02-0 - Atividade executada por ACS

01.023.04-7 - Visita domiciliar por profissional de nível médio

04.011.06-6 - Consulta e atendimento domiciliar de atenção básica de enfermeiro

04.011.07-4 - Visita domiciliar, atendimento de atenção básica

04.012.03-8 - Consulta e atendimento domiciliar de enfermeiro do Pacs/PSF.

\*\*\*O número de famílias é estimado pela divisão da população do município pelo número médio de pessoas por famílias, conforme o Censo 2000 (IBGE):

Região Norte: 4,0 pessoas por família,

Região Nordeste: 3,7 pessoas por família,

Região Sudeste: 3,3 pessoas por família,

Região Sul: 3,3 pessoas por família,

Região Centro-Oeste: 3,4 pessoas por família.

### **Interpretação**

A frequência com que o serviço de saúde se faz presente na residência das pessoas, embora não parametrizada em termos ideais, está relacionada à incorporação de hábitos saudáveis e à elevação dos padrões de higiene e condições de saúde.

Indica tendência de mudança de modelo assistencial, num enfoque de promoção da saúde.

#### **Usos**

Avaliar a implementação de novas práticas sanitárias pelos profissionais de saúde, não restritas a unidade de saúde.

Reprogramar a oferta de serviços realizados fora da unidade de saúde.

#### **Limitações**

Inexistência de dados atualizados sobre o número de domicílios existentes nos municípios.

Não reflete a totalidade das ações de caráter de promoção de saúde, além de incluir ações curativas realizadas nos domicílios.

#### **Fonte**

Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Denominador: Base demográfica do IBGE.



## ANEXO III

Orientações sobre preenchimento, fluxo e parazos para a avaliação do desempenho de estados e municípios em relação ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica de 2005.

A) Cabe ao município:

1. Avaliar seu desempenho no Pacto de Indicadores de 2005, da seguinte forma:

1.1 Preencher a Planilha de Avaliação Municipal do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005, (Anexo III A) até o dia 28 de abril de 2006, utilizando o aplicativo Sispacto disponível no endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto).

2. Após o preenchimento da planilha de avaliação do pacto de 2005 (Anexo III A), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deverá imprimir uma cópia e encaminhar à SES, até o **dia 28 de abril de 2006** (data de postagem), assinada pelo Gestor Municipal.

**Nota:**

a - Quando não for possível preencher e enviar a avaliação via internet, pode-se enviar à Secretaria Estadual, a planilha preenchida em papel ou em meio magnético, (Anexo III A) até o dia **24 de abril de 2006** (data de postagem).

b - A Secretaria Estadual de Saúde (SES) promoverá o acesso à internet para as Secretarias Municipais que não dispuserem desse serviço;

c - A SES só homologará a planilha de avaliação que estiver validada pelo município.

d - No caso de discordância por parte da SES em relação aos resultados apresentados pelo município o impasse será resolvido, em última instância, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

**B) Cabe ao Estado:**

1. Avaliar seu desempenho em relação ao cumprimento das metas do Pacto de Indicadores da Atenção Básica – 2005, da seguinte forma:

1.1. Preencher e validar a planilha Avaliação Estadual do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005 (Anexo III B) no aplicativo Sispacto, disponível no endereço eletrônico : [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto) , até o dia **26 de maio de 2006**.

1.2. Imprimir a planilha (Anexo III B), referente à Avaliação Estadual do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005 e enviá-la ao Ministério da Saúde via correio, até o dia **26 de maio de 2006** (data de postagem), devidamente assinada pelo Gestor Estadual.

1.3. Apresentar os resultados à Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

2. Analisar e homologar a avaliação realizada pelos municípios no Pacto de Indicadores da Atenção Básica – 2005, no aplicativo Sispacto, disponível no endereço eletrônico Planilha disponível no endereço: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto) , até o dia **26 de maio de 2006**.

3. Enviar ao Ministério da Saúde, via correio, até o **dia 26 de maio de 2006**, (data de postagem), as planilhas de avaliação (Anexos – III B, III C e III D) devidamente assinadas pelo Gestor Estadual e pelo Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS.

C) Cabe ao Ministério da Saúde: 1. Homologar a avaliação dos Estados, referente ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005 **até o dia 14 de julho de 2006**.

**ANEXO III A**

**Avaliação Municipal do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005.**

**Município:**            **Código do IBGE:**            **Estado:**

<b>Saúde da Criança</b>	<b>ANO 2005</b>	
<b>Indicadores Principais</b>	<b>Meta Proposta</b>	<b>Resultado Alcançado</b>
Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade		
Taxa de mortalidade infantil		
Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer		
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas		
Taxa de internações por infecção respiratória aguda-IRA em menores de 5 anos de idade		
<b>Indicadores Complementares</b>		
Número absoluto de óbitos neonatais		
Taxa de mortalidade neonatal		
<b>Saúde da Mulher</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Taxa de mortalidade materna		
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal		
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados		
Razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária		
<b>Indicadores Complementares</b>		
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo do útero		
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama		
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal		
<b>Controle da Hipertensão</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)		
Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares.		

<b>Indicador Complementar</b>		
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)		
<b>Controle da Diabetes</b>		
<b>Indicador Principal</b>		
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus.		
<b>Indicador Complementar</b>		
Proporção de internações por diabetes mellitus		

INDICADOR	ANO 2005	
	Meta Proposta	Resultado Alcançado
<b>Controle da Tuberculose</b>		
<b>Indicador Principal</b>		
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose		
<b>Indicadores Complementares</b>		
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva		
Taxa de mortalidade por tuberculose		
<b>Eliminação de Hanseníase</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Proporção de abandono de tratamento da hanseníase		
Taxa de detecção de casos novos de hanseníase		
<b>Indicadores Complementares</b>		
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados		
Taxa de prevalência da hanseníase;		
Proporção de grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico.		
<b>Saúde Bucal</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Cobertura de primeira consulta odontológica		
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos		
<b>Indicador Complementar</b>		
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais		

<b>Gerais</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF)		
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas		
<b>Indicador Complementar</b>		
Média mensal de visitas domiciliares por família		

### Secretário Municipal de Saúde

Planilha disponível no endereço: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)

#### ANEXO III B

#### Avaliação Estadual do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005.

Estado:

INDICADOR	ANO 2005	
	Meta Proposta	Resultado Alcançado
<b>Saúde da Criança</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Taxa de mortalidade infantil		
Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer		
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas		
Taxa de internações por IRA em menores de 5 anos de idade		
Homogeneidade da cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade		
<b>Indicador Complementar</b>		
Taxa de mortalidade neonatal		
<b>Saúde da Mulher</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Taxa de mortalidade materna		

Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal		
Proporção de óbitos em mulheres de idade fértil investigados		
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária		
<b>Indicadores Complementares</b>		
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero		
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama		
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal		
<b>Controle de Hipertensão</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)		
Taxa de mortalidade por doenças cerebro-vasculares		
<b>Indicador Complementar</b>		
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)		
<b>Controle de Diabetes</b>		
<b>Indicador Principal</b>		
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético Mellitus		
<b>Indicador Complementar</b>		
Proporção de internações por diabetes Mellitus		

INDICADOR	ANO 2005	
	Meta Proposta	Resultado Alcançado
<b>Controle da Tuberculose</b>		
<b>Indicador Principal</b>		
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose.		
<b>Indicadores Complementares</b>		
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva;		
Taxa de mortalidade por tuberculose..		
<b>Controle de Hanseníase</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Proporção de abandono de tratamento da hanseníase;		
Taxa de detecção de casos de hanseníase.		
<b>Indicadores Complementares</b>		
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados;		
Taxa de prevalência da hanseníase;		
Proporção de grau de incapacidade I e II registrado no momento do diagnóstico.		
<b>Saúde Bucal</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Cobertura de primeira consulta odontológica;		
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.		
<b>Indicador Complementar</b>		
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.		
<b>Gerais</b>		
<b>Indicadores Principais</b>		
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF)		
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas		
<b>Indicador Complementar</b>		
Média mensal de visitas domiciliares por família		

**Secretário de Estado da Saúde**

Planilha disponível no endereço: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)







## ANEXO IV

Orientações sobre preenchimento, fluxo e prazos para a pactuação dos Indicadores da Atenção Básica – 2006 para os municípios e estados.

### A) Cabe ao município:

1. Propor as metas a serem alcançadas em 2006, referentes aos indicadores principais (Anexo I) por serem de pactuação obrigatória.
  - 1.1 Além dos indicadores principais, os municípios podem pactuar com o estado indicadores complementares (Anexo I), que apesar de não serem obrigatórios para pactuação, devem ser monitorados pelos gestores. É possível ainda eleger outros indicadores de importância sanitária loco-regional nos espaços opcionais da planilha eletrônica.
  - 1.2 Para efetuar a pactuação, os municípios devem acessar o aplicativo Sispacto, disponível no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto). Os municípios com menos de 80 mil habitantes devem preencher a planilha - Anexo IV A e os municípios com 80 mil ou mais habitantes, a planilha - Anexo IV B. **Nessas planilhas os municípios digitam apenas a meta proposta para 2006.**
2. O município terá até o dia **28 de abril de 2006** para preencher e validar essa planilha.

### Nota:

- a- A Secretaria de Estado da Saúde (SES) só poderá homologar as planilhas de pactuação que estejam validadas pelos municípios;
- b- Quando não for possível preencher a planilha (Anexo IV A ou IV B) e efetuar a pactuação via internet, a secretaria municipal deverá preencher a planilha em papel ou meio magnético e enviá-la à Secretaria Estadual, até o dia 24 de abril de 2006 (data de postagem).
- c- Enviar a SES, até o 28 de abril de 2006 (data de postagem) a planilha de pactuação de metas - Anexo IVA - para os municípios com menos de 80 mil habitantes e - Anexo IV B - para os municípios com 80 mil ou mais habitantes, devidamente preenchida e assinada pelo Gestor Municipal.

### B) Cabe ao estado:

1. Promover o acesso dos municípios à internet para preenchimento da planilha eletrônica.
2. Analisar e homologar as metas pactuadas pelos municípios para 2006, no aplicativo Sispacto, disponível no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto), até o dia **26 de maio de 2006**.
3. Propor, no fórum da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) metas estaduais a serem pactuadas em 2006 considerando a situação de saúde no estado;
  - 3.1 Além dos indicadores principais (de pactuação obrigatória), a SES pode pactuar na CIB metas de indicadores complementares e eleger indicadores opcionais de importância sanitária para o estado;
4. Para efetuar a pactuação, os estados deverão acessar o aplicativo Sispacto, disponível no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto), preencher o Anexo IV C - Relação de Indicadores da Atenção Básica 2006 para a pactuação de metas propostas pelo estado, e validá-la **até o dia 26 de maio de 2006**.

5.A SES, além do preenchimento e validação da planilha eletrônica, deverá enviar ao Ministério da Saúde, até o dia 26 de maio de 2006 (data de postagem), a planilha de pactuação de metas estaduais (Anexo IV C), devidamente preenchida e assinada pelo gestor estadual.

6.Imprimir a planilha, com a relação dos municípios que não firmaram o Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005 (Anexo IV D) e enviá-la ao Ministério da Saúde, via correio, até o dia **26 de maio de 2006** (data de postagem) devidamente assinada pelo Gestor Estadual e Presidente do Cosems.

Nota

O Ministério da Saúde só fará homologação das planilhas que estejam validadas pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES).

### **C) Cabe ao Ministério da Saúde:**

1.Disponibilizar aplicativo Sispacto , no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto).

2.Constituir um grupo de trabalho sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) para análise e homologação das propostas de pacto das SES;

3. Homologar os Pactos de Indicadores da Atenção Básica 2006 dos estados até 14 de julho de 2006.

**ANEXO IV A**

**Relação de Indicadores, e metas propostas pelos municípios com menos de 80 mil habitantes.**

**Município:**                      **Código do IBGE :** **Estado:**

<b>Indicador Principal</b>		<b>Meta 2006</b>
1	Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade	
2	Coeficiente de mortalidade infantil	
3	Proporção de nascidos vivos com baixo - peso ao nascer	
4	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	
5	Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade	
6	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos de idade	
<b>Indicador Complementar</b>		
7	Número absoluto de óbitos neonatais tardios	
8	Coeficiente de mortalidade neonatal tardia	
<b>Indicador Principal</b>		
9	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	
10	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	
<b>Indicador Complementar</b>		
11	Proporção de partos cesáreos	
12	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	
<b>Indicador Principal</b>		
13	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	
14	Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	
<b>Indicador Complementar</b>		
15	Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados	
<b>Indicador Principal</b>		
16	Proporção de internações por complicações do diabetes mellitus	
<b>Indicador Complementar</b>		
17	Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados	
<b>Indicador Principal</b>		
18	Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	
<b>Indicador Complementar</b>		
19	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	
<b>Indicador Principal</b>		
20	Coeficiente de prevalência de hanseníase	
21	Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase	
<b>Indicador Principal</b>		
22	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	
23	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	

<b>Indicador Complementar</b>		
24	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	
25	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	
<b>Indicador Principal</b>		
26	Proporção da população coberta pelo programa saúde da família (PSF)	
27	Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	
<b>Indicador Complementar</b>		
28	Média mensal de visitas domiciliares por família	

**Secretário Municipal de Saúde**

Planilha disponível no endereço: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)

**ANEXO IV B**

**Relação de Indicadores e metas propostas pelos municípios com 80 mil e mais habitantes para 2006.**

**Município:**

**Código do IBGE**

**Estado:**

<b>Indicador Principal</b>		<b>Meta 2006</b>
1	Coeficiente de mortalidade infantil	
2	Proporção de nascidos vivos com baixo - peso ao nascer	
3	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	
4	Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade	
5	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos de idade	
<b>Indicador Complementar</b>		
6	Coeficiente de mortalidade neonatal tardia	
<b>Indicador Principal</b>		
7	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	
8	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	
9	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	
<b>Indicador Complementar</b>		
10	Razão de mortalidade materna	
11	Proporção de partos cesáreos	
12	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	
<b>Indicador Principal</b>		
13	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	
14	Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	
<b>Indicador Complementar</b>		
15	Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados	
<b>Indicador Principal</b>		
16	Proporção de internações por complicações do diabetes mellitus	
<b>Indicador Complementar</b>		
17	Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados	
<b>Indicador Principal</b>		
18	Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	
<b>Indicador Complementar</b>		
19	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	
<b>Indicador Principal</b>		
20	Coeficiente de prevalência de hanseníase	
21	Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase	
<b>Indicador Principal</b>		
22	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	
23	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	
<b>Indicador Complementar</b>		
24	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	
25	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações	

	odontológicas individuais	
<b>Indicador Principal</b>		
26	Proporção da população coberta pelo programa saúde da família (PSF)	
27	Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	
<b>Indicador Complementar</b>		
28	Média mensal de visitas domiciliares por família	

### Secretário Municipal de Saúde

Planilha disponível no endereço: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)

### ANEXO IV C

**Relação de Indicadores da Atenção Básica 2006 para pactuação de metas propostas pelo Estado para 2006.**

#### **Estado:**

<b>Indicador Principal</b>		<b>Meta 2006</b>
1	Coeficiente de mortalidade infantil	
2	Proporção de nascidos vivos com baixo - peso ao nascer	
3	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	
4	Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade	
5	Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos de idade	
<b>Indicador Complementar</b>		
6	Coeficiente de mortalidade neonatal tardia	
<b>Indicador Principal</b>		
7	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	
8	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	
9	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	
<b>Indicador Complementar</b>		
10	Razão de mortalidade materna	
11	Proporção de partos cesáreos	
12	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	
<b>Indicador Principal</b>		
13	Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)	
14	Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	
<b>Indicador Complementar</b>		
15	Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados	

<b>Indicador Principal</b>		
16	Proporção de internações por complicações do Diabetes Mellitus	
<b>Indicador Complementar</b>		
17	Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados	
<b>Indicador Principal</b>		
18	Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	
<b>Indicador Complementar</b>		
19	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	
<b>Indicador Principal</b>		
20	Coeficiente de prevalência de hanseníase	
21	Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase	
<b>Indicador Principal</b>		
22	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	
23	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	
<b>Indicador Complementar</b>		
24	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	
25	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	
<b>Indicador Principal</b>		
26	<b>Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF)</b>	
27	Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	
<b>Indicador Complementar</b>		
28	Média mensal de visitas domiciliares por família	

**Secretário Estadual de Saúde**

Planilha disponível no endereço: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)





## ANEXO V

### Instruções para uso do Sispacto

**Conceito:** É um software desenvolvido para coletar e armazenar dados, produzir relatórios dos indicadores da atenção básica pactuados pelos municípios e estados. Esse aplicativo possibilita a pactuação via internet garantindo a agilidade na transmissão das informações bem como a credibilidade das mesmas, visto que, somente as pessoas com a senha de acesso ao sistema podem preencher e validar as planilhas.

**Como acessar:** Entrar no site [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto) e digitar o identificador e a senha do respectivo município, regional ou estado.

Atenção! Para o ano de 2006, todos os usuários do Sispacto deverão fazer um novo cadastro para receber o identificador e senha de acesso.

#### **Como trabalhar o Sistema:**

Acessar o Sispacto no endereço [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto) e digitar o identificador e senha de acesso.

#### **Para o município:**

Após acessar o Sistema, clique no ícone pacto municipal em seguida avaliação.

No item AVALIAÇÃO, abrem-se duas opções: Editar e Validar

**Editar** – neste item o usuário preenche a planilha e clica no botão GRAVAR para salvar o que foi digitado. Os dados podem ser digitados todos de uma vez, ou em várias etapas, desde que o usuário grave as informações digitadas antes de sair do sistema.

**Validar** – Antes de validar, as informações devem ser conferidas. Se for preciso corrigir algum dado voltar para o item editar, fazer as correções necessárias e gravar novamente. Não havendo o que corrigir, clicar no botão VALIDAR que aparece no final da página. Esse passo corresponde a transferência automática dos resultados informados para a apreciação do estado.

No item PACTUAÇÃO, abrem-se duas opções: Editar e Validar

**Editar** – neste item o usuário preenche a planilha e clica no botão GRAVAR para salvar o que foi digitado. Os dados podem ser digitados todos de uma vez, ou em várias etapas, desde que o usuário grave as informações digitadas antes de sair do sistema.

**Validar** – Antes de validar, as informações devem ser conferidas. Se for preciso corrigir algum dado voltar para o item editar, fazer as correções necessárias e gravar novamente. Não havendo o que corrigir, clicar no botão VALIDAR que aparece no final da página. Esse passo corresponde a transferência automática dos valores pactuados para a apreciação do estado.

#### **Para o estado:**

Após acessar o Sistema, clique no ícone municipal em seguida avaliação.

No item AVALIAÇÃO, abrem-se duas opções: Homologar e Liberar

**Homologar** – neste item o usuário analisa a consistência dos resultados informados pelo município e se estiver de acordo, clica no botão HOMOLOGAR. Caso haja discordância, o município deve ser comunicado e a planilha de avaliação liberada para correção.

**Liberar** – esta opção se aplica para os casos em que houver discordância por parte do estado quanto aos resultados informados pelo município.

Após homologar a avaliação no Sistema, clique no ícone municipal e em seguida pactuação.

No item PACTUAÇÃO, abrem-se duas opções: Homologar e Liberar

**Homologar** – neste item o usuário analisa a coerência das metas propostas pelo município e se estiver de acordo, clica no botão HOMOLOGAR. Caso haja discordância, o município deve ser comunicado e a planilha de pactuação liberada para ajuste.

**Liberar** – esta opção se aplica para os casos em que houver discordância por parte do estado dos resultados informados pelo município.

**Para o estado realizar seu Pacto:**

Após acessar o Sistema, clique no ícone estadual em seguida avaliação.

No item AVALIAÇÃO, abrem-se duas opções: Editar e Validar

**Editar** – neste item o usuário preenche a planilha e clica no botão GRAVAR para salvar o que foi digitado. Os dados podem ser digitados todos de uma vez, ou em várias etapas, desde que o usuário grave as informações digitadas antes de sair do sistema.

**Validar** – Antes de validar, as informações devem ser conferidas. Se for preciso corrigir algum dado voltar para o item editar, fazer as correções necessárias e gravar novamente. Não havendo o que corrigir, clicar no botão VALIDAR que aparece no final da página. Esse passo corresponde a transferir os valores pactuados para a apreciação do Ministério da Saúde. Após esse processo o Ministério da Saúde homologa a planilha preenchida e validada pelo estado, ou libera para correção.

No item PACTUAÇÃO, abrem-se duas opções: Editar e Validar

**Editar** – neste item o usuário preenche a planilha e clica no botão GRAVAR para salvar o que foi digitado. Os dados podem ser digitados todos de uma vez, ou em várias etapas, desde que o usuário grave as informações digitadas antes de sair do sistema.

**Validar** – Antes de validar, as informações devem ser conferidas. Se for preciso corrigir algum dado voltar para o item editar, fazer as correções necessárias e gravar novamente. Não havendo o que corrigir, clicar no botão VALIDAR que aparece no final da página. Esse passo corresponde a transferência automática dos valores pactuados para a apreciação do Ministério da Saúde.

Observações importantes:

1 – A SES só homologará as planilhas que estejam preenchidas e validadas pelo município.

2 – Considerando que o sistema está disponível, ao mesmo tempo, para todos os municípios, regionais e estados, existe a possibilidade de uma sobrecarga de acesso. Para evitar perdas dos dados, recomenda-se acessar as planilhas somente quando os valores que serão digitados já estiverem preenchidos em planilha impressa. Além disso, recomenda-se a gravação das informações a medida que forem digitadas, pois se houver sobrecarga será menor a perda de dados.