



UNIFACS

UNIVERSIDADE SALVADOR

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES'

MESTRADO EM DIREITO, GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS

MARIA OLIVIA SOUSA COSTA

INDICADORES DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

Salvador
2020

MARIA OLIVIA SOUSA COSTA

INDICADORES DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, Mestrado em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador – UNIFACS, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Direito, Governança e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. José Euclimar Xavier Menezes.

Salvador
2020

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNIFACS
Universidade Salvador, Laureate International Universities.

Costa, Maria Olivia Sousa

Indicadores de saúde no planejamento e avaliação da política pública. / Maria Olivia Sousa Costa.- Salvador, 2020.

108 f. : il.

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas, Universidade Salvador UNIFACS, Laureate International Universities, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Direito, Governança e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Prof. Dr. José Euclimar Xavier Menezes.

1. Políticas públicas de saúde - Avaliação. 2. Sistema Único de Saúde. I. Menezes, José Euclimar Xavier, orient. II. Título.

CDD: 342.1

TERMO DE APROVAÇÃO

MARIA OLIVIA SOUSA COSTA

INDICADORES DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas (MDGPP) Universidade Salvador UNIFACS – Laureate International Universities, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre e aprovada pela seguinte banca examinadora:

José Euclimar Xavier Menezes - Orientador _____
Doutor em Filosofia Contemporânea na Pontifícia Università Lateranensi e em
Filosofia dos Direitos Humanos na Universidad de Salamanca
Universidade Salvador UNIFACS – Laureate International Universities

Gustavo Nunes de Oliveira _____
Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA
Universidade Salvador UNIFACS – Laureate International Universities

Marta Regina Gama Gonçalves _____
Doutora em Direito, Estado e Constituição pela Universidade de Brasília (UnB)
Centro Universitário Social da Bahia (UNISBA)

Salvador, em 21 de julho de 2020.

Dedico esta dissertação ao meu pai Aurelito (*in memoria*) que sempre zeloso com a família, com apenas o ensino médio fez questão de me incentivar na busca dos saberes, desde as minhas primeiras descobertas da leitura, fundamental na minha formação humana, meu amor e gratidão eternos; e a todos aqueles que acreditam nos valores do ser humano.

AGRADECIMENTOS

Ao percorrer o caminho para a construção desse trabalho, foram muitas experiências vividas e obstáculos transpostos. Mas a aquisição de conhecimentos e o fortalecimento de laços se sobrepôs a tudo, principalmente porque estiveram do meu lado, direta ou indiretamente, pessoas que neste momento reservo para agradecer.

Minha gratidão a Deus, força Divina indispensável na minha vida, que me impulsiona e me encoraja a cada dia.

À minha mãe, Dona Maria, professora primária, do sertão baiano, devota do saber e da conduta ética, moldadora da minha personalidade: meu amor e gratidão muito obrigada pelo amor a mim dedicado, a companhia de sempre, o apoio e o incentivo na minha formação profissional, moral e ética.

Ao meu filho João Victor, amor da minha vida, por ter compreendido os finais de semana que não pude ser a parceira dos passeios, dos filmes, até mesmo das tarefas escolares, e que mesmo com todas as minhas ausências foi meu companheiro, incentivador, acalanto em todas as situações, meu amor incondicional.

Ao meu orientador, Professor Dr. José Euclimar Xavier de Menezes, pelas orientações, pelo apoio, carinho, inspiração e incentivo no amadurecimento das minhas ideias, conceitos, na construção desse trabalho, sem ele sei que seria mais difícil a jornada.

Ao Professor Dr. Gustavo Nunes de Oliveira Costa que de forma generosa ofereceu sugestões e comentários de grande colaboração no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Professor Dr. José Gileá de Souza, pelos ensinamentos, escuta, todo meu respeito e admiração. Obrigada pela atenção e solicitude.

A Professora Dra. Cláudia Vaz pelo carinho, impulso e confiança no momento de dúvidas e desânimo, suas palavras de incentivo e apoio foram fundamentais quando quase pensei em desistir dessa trajetória.

A todos os professores que passaram seus aprendizados nesse curso, nos permitindo um pouco dos seus conhecimentos e momentos tão prazerosos na construção do universo *Stricto Sensu*.

A UNIFACS, ao MDGPP, pela oportunidade e todo seu corpo docente, e aos antigos Coordenadores Professor Dr. Carlos Costa Gomes e ao Professor Dr. João Apolinário.

A Samira Lima por sua educação, dedicação, sempre muito solícita para que todas as etapas desse curso ocorressem dentro da normalidade, assim como a todos os demais funcionários do MDGPP.

Aos colegas da turma da Especialização em Direito, Governança e Políticas Públicas, e aos que não seguiram para a etapa do mestrado, agradeço o carinho, às parcerias nos trabalhos em grupo, às novas amizades, e enfim parabéns a todos por essa conquista.

Por fim, agradeço ao SUS, a todos os profissionais que fazem parte desse Sistema Único Universal, que acolhe de forma gratuita e sem preconceitos milhões de brasileiros, que não desistem de lutar em prol de uma saúde pública universal e de qualidade.

O setor saúde, enquanto espaço social, é uma arena sempre em disputa, com diversos atores fazendo suas apostas e buscando poder [...] (JORGE SOLLA)

RESUMO

Os resultados da investigação aqui apresentados, considera o acesso à saúde como um direito fundamental, com fulcro na Constituição Federal de 1988. Em caráter universal, encontra-se embutido no Artigo 25 da DUDH. O Ministério da Saúde e os seus respectivos órgãos colegiados (CNS, CIT, entre outros), instituíram um aparato legal de instrumentos, visando, além do planejamento em saúde, monitorar e avaliar esse acesso no Sistema Único de Saúde, na premissa de qualificá-lo. O Brasil vivenciou uma expansão significativa no seu rol de indicadores de saúde no período inicial do estudo, chegando ao seu auge no ano de 2013, no qual potencializa seus entes federativos nas ferramentas de avaliação em saúde, seguido de uma retração bem mais expressiva a partir de 2016. Objetiva-se avaliar se as alterações ocorridas com relação ao elenco de indicadores do Ministério da Saúde, no período, em especial aos que compõem as diretrizes do acesso à AB e à redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio de ações de vigilância em saúde, implicam em prejuízo qualitativo no planejamento e na avaliação em saúde, na garantia do direito à saúde, relacionando as mudanças com a despesas em saúde. Foi empregado o método dedutivo, com abordagem qualitativa, cujo aspectos estruturais são analisados por método quantitativo. Realizou-se uma pesquisa descritiva, extraído de estudo exploratório, com análises de dados secundários, através de coleta de dados de forma indireta. Os registros destacados correspondem aos indicadores definidos pelo Ministério da Saúde como de pactuação interfederativa, cobrindo o período de 2012 a 2017, utilizando o Estado da Bahia como ente estadual amostral, e os indicadores de saúde como variáveis da pesquisa. Observou-se que, ao invés de se aperfeiçoarem, a partir de 2016 os indicadores foram sendo subtraídos, ou substituídos, por outros que “disfarçam” uma precariedade do direito à saúde, por meio da quantificação de informações que se distanciam do seu verdadeiro objetivo primário. A falta da obrigatoriedade de monitoramento e avaliação através dos indicadores pode implicar em ausência de intervenções em saúde, por conseguinte precariedade do acesso à saúde e ampliação dos danos e agravos à saúde pública. Apesar de políticas de ajustes fiscais vigentes, não houve redução significativa nas despesas liquidadas em Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Porém, a garantia do direito à saúde não aparece associada ao aumento dos gastos, o que sugere maior efetividade nas instâncias de avaliação, controle e fiscalização dos gastos públicos. Sugere-se maiores esforços institucionais e da sociedade civil no processo de monitoramento e avaliação das políticas públicas, com consolidação das evidências de morbidade e mortalidade, e participação ativa nas estratégias de enfrentamento, em prol da garantia do acesso universal à saúde.

Palavras-chave: Indicador. Políticas Públicas de Saúde. Sistema Único de Saúde. Avaliação de Políticas Públicas.

ABSTRACT

The results of the investigation that are presented here consider health access a fundamental right, based on the 1988 Federal Constitution. It is universally enshrined in Article 25 of the UDHR. The Ministry of Health and its respective collegiate bodies (CNS, CIT, among others) have instituted a legal apparatus of instruments, aiming, besides health planning, to monitor and evaluate this access in the Unified Health System, in order to qualifying it. Brazil experienced a significant expansion in its list of health indicators in the initial period of the study, reaching its peak in 2013, when it strengthened its federative entities regarding the health evaluation tools, and then a much more expressive retraction followed, from 2016 onwards. The objective is to evaluate whether the changes that occurred in relation to the Ministry of Health's list of indicators in the period, especially those that make up the guidelines for access to PC and the reduction of risks and harm to the population's health through health surveillance actions, result in qualitative damage to health planning and evaluation, the guarantee of the right to health, relating the changes to health expenditures. The method used was the deductive one, with a qualitative approach, whose structural aspects are analyzed by a quantitative method. Descriptive research was carried out and extracted from an exploratory study, with secondary data analysis, through indirect data collection. The highlighted records correspond to the indicators defined by the Ministry of Health as inter-federative pact type, covering the period from 2012 to 2017, using the State of Bahia as a sample state entity, and health indicators as research variables. We observed that instead of enhancing, from 2016 onwards the indicators were being subtracted, or replaced, by others that “disguise” a precariousness of the right to health, through the amount of information that is far from their true primary objective. The suppression of mandatory monitoring and evaluation through indicators may imply a failure of health interventions, thus precarious access to health and increased damage and problems to public health. Despite current fiscal adjustment policies, there was no significant reduction in expenses spent on Primary Care and Health Surveillance. However, the guarantee of the right to health does not appear associated with the increased spending, which suggests greater effectiveness in the instances of evaluation, control, and inspection of public spending. We suggest greater institutional and civil society efforts in the process of monitoring and evaluating public policies, with the consolidation of evidence of morbidity and mortality, and active participation in coping strategies, in order to ensure universal access to health.

Keywords: Indicator. Public Health Policies. Unified Health System. Evaluation of Public Policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Proporção de indicadores pactuados pela BA e % de metas alcançadas em relação ao total definido pelo MS, 2012 a 2017	31
Figura 2 - Despesas liquidadas por subfunção Atenção Básica, Brasil, a partir de 2012	35
Figura 3 - Despesas liquidadas por subfunção Atenção Básica, Bahia, a partir de 2012	37
Figura 4 - Despesas liquidadas por subfunção Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Brasil, 2012 a 2017	54
Figura 5 - Despesas liquidadas por subfunção Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Bahia, 2012 a 2017	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diretrizes e Indicadores para avaliação do acesso à Atenção Básica, MS, a partir de 2012	32
Quadro 2 - Quantitativo de indicadores definidos pela União e pactuados pela BA, 2012 a 2017	43
Quadro 3 - Número de casos de malária por autóctone confirmado por município residente e mês da notificação 2018 (jan-abr), por local de ocorrência, BA	50
Quadro 4 - Número de casos de malária por autóctone notificados e confirmados por município residente, jan-abr 2018 (BA) por local provável da fonte de infecção	51
Quadro 5 - Caracterização territorial e demográfica dos municípios com casos de malária por autóctone notificados e confirmados por município residente, jan-abr 2018, BA	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção de metas alcançadas pela BA em relação ao total pactuado .	28
Tabela 2 - Proporção de indicadores pactuados pela BA em relação ao total definido pelo MS	30
Tabela 3 – Indicadores da Atenção Básica quanto a avaliação da Matriz do PROADESS	33
Tabela 4 – Óbitos por categoria CID-10, Brasil e Bahia, 2012 a 2017	44
Tabela 5 – Notificações de casos de arboviroses na Bahia, 2012 a 2017	44
Tabela 6 - Doses aplicadas por imunobiológico na Bahia, 2012 a 2017	45
Tabela 7 - Internações por Doenças do olho e anexos CID-10 (conjuntivite e outros transtornos da conjuntiva), Brasil e Bahia, 2012 a 2017	46
Tabela 8 - Casos de malária confirmados segundo ano da notificação (2012 a 2017), ocorrência BA, conforme preenchimento do local de infecção (autóctone).....	48
Tabela 9 - Casos de malária por autóctone confirmado segundo mês da notificação 2018 (jan-abr.), BA, e campo autóctone preenchido	49
Tabela 10 - Taxa de incidência de Malária por Autóctone notificados e confirmados por município residente, jan-abr 2018, BA	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACDH	Alto Comissariado para os Direitos Humanos
APS	Atenção Primária à Saúde
Art.	Artigo
BM	Banco Mundial
CF	Constituição Federal
CGU	Controladoria Geral da União
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
Dasp	Departamento de Administração do Serviço Público
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DNCI	Doenças de Notificação Compulsória Imediata
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EC 95	Emenda Constitucional 95
ed.	Editor (a)
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
Icsab	Internações por condições sensíveis à atenção básica
IPA	Incidência Parasitária Anual
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
n.	Número
NOB	Norma Operacional Básica

ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
p.	Página
PAS	Programação Anual de Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PPA	Plano Plurianual
PROADESS	Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
PS	Plano de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISPACTO	Sistema de Informações de Pactuação
STA	Suspensão de Tutela Antecipada
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância em Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCU	Tribunal de Contas da União
UNIFACS	Universidade Salvador
v.	Volume

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	GARANTIA DO ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA NO SUS: UMA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA ATRAVÉS DOS INDICADORES DE SAÚDE, 2012 a 2017	25
2.1	PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO NO ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA	26
2.1.1	Evolução quantitativa dos indicadores de saúde	27
2.1.2	Efetividade no acesso à Atenção Básica.....	31
2.2	FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA, A PARTIR DE 2012...	35
3	INDICADORES DE ALERTA AOS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE PÚBLICA: UMA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL, 2012 A 2017	39
3.1	PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA NO BRASIL E NA BAHIA, 2012 A 2017 ..	43
3.1.1	Incidência Parasitária Anual de Malária: um indicador silencioso na Bahia	47
3.2	FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2012 A 2017 .	53
4	DIREITO À SAÚDE: Uma política pública e os desafios da garantia.....	56
4.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: CONCEPÇÃO E FRAGILIDADES DA UNIVERSALIDADE	59
4.2	AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: INCIPIÊNCIAS E TENDÊNCIAS EM PROL DE RESULTADOS	63
4.3	PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM POTENCIAL A SER ACLAMADO	66
5	CONCLUSÃO.....	70
	REFERÊNCIAS	77
	ANEXO A – Pactuação SISPACTO BAHIA 2012	86
	ANEXO B – Pactuação SISPACTO BAHIA 2013	89
	ANEXO C – Pactuação SISPACTO BAHIA 2014	94
	ANEXO D – Pactuação SISPACTO BAHIA 2015	99
	ANEXO E – Pactuação SISPACTO BAHIA 2016	104
	ANEXO F – Pactuação SISPACTO BAHIA 2017.....	107

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado através do Artigo nº 198 da Constituição Federal de 1988, é composto por uma rede regionalizada e hierarquizada, ordenado conforme as seguintes diretrizes: descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1988). A partir da Lei nº 8.080, de 1990, a saúde passou a ser reconhecida como Direito Fundamental do indivíduo, conferindo ao Estado a obrigação de prover as condições essenciais ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990a).

A Lei nº 8.080 contempla, entre outras atividades, o planejamento e a avaliação das ações e serviços de saúde. Uma das competências da direção estadual do SUS passa a ser a divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federativa. Como ferramenta de planejamento, a Lei nº 8.080 destaca os Planos de Saúde (PS) e as Programações Anuais de Saúde (PAS) em cada nível de direção do SUS (BRASIL, 1990a).

O Plano de Saúde deverá expressar os objetivos, diretrizes e metas, a partir da análise situacional da população, sendo construído para instrumentalizar uma gestão por quatro anos. No que diz respeito ao Decreto nº 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, além de instrumento de gestão, o Plano de Saúde consiste na fundamentação para a regionalização e hierarquização em saúde, além de ser pré-requisito indispensável para o repasse de recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (BRASIL, 2011).

Na Programação Anual de Saúde (PAS) as metas do Plano de Saúde são detalhadas e atualizadas anualmente, sendo mantidas ou modificadas, correlacionando seus respectivos recursos financeiros para execução eficaz, e os responsáveis pelas ações. Ao final de uma execução anual, segue o Relatório Anual de Gestão (RAG), expressando o que foi executado referente as ações da Programação Anual de Saúde, podendo redirecionar as metas. O Relatório Anual de Gestão é um instrumento imprescindível na avaliação das políticas públicas de saúde, uma vez que permite comprovar o emprego dos recursos públicos e demonstrar os resultados alcançados.

A legislação em saúde seguiu pautando a importância do planejamento ascendente, a partir das necessidades de saúde de cada região, conforme seu perfil

epidemiológico, demográfico e socioeconômico. A partir da construção do perfil, se definem as metas anuais de saúde e seus custos correspondentes (BRASIL, 2012).

Utilizando a definição de Garcia e Reis (2016), metas correspondem à concretização dos objetivos, expressa de forma quantitativa. Os autores definem indicador como um índice, que permite medir uma determinada situação, a partir das variáveis, as quais podem sofrer alterações, conforme circunstâncias conhecidas.

Os indicadores possuem dados importantes sobre as condições de saúde dos indivíduos, permitindo avaliar o comportamento de uma gestão no desenvolvimento de práticas de saúde. Permitem traçar o perfil de saúde de uma população, na qual, a partir dos resultados, se torne possível definir um diagnóstico, realizar uma avaliação das ações e serviços de saúde, e construir um planejamento em busca das metas a serem alcançadas, ou mantidas (BRASIL, 2004).

Para Bittar (2001), no processo de planejamento e avaliação de programas e serviços de saúde, é essencial a aferição da qualidade e da quantidade. O autor define indicador como uma unidade de medida de uma atividade, ou uma medida qualitativa, que permite ser utilizada como referência para monitorar e avaliar processos. Considera indicador, não sendo uma medida direta da qualidade, mas sim um elemento que desperta atenção para especificidades dos resultados dos processos. Assim, pode ser utilizado como indicador: uma taxa, um coeficiente, um índice, um número absoluto, ou um fato.

Ao se avaliar a qualidade de um indicador, se faz necessário entender os atributos a ele vinculados, os quais irão lhe conferir valor. Deste modo, utilizando-se as definições de Bittar (2001), podemos considerar necessário para os indicadores os seguintes atributos: validade, sensibilidade, especificidade, simplicidade, objetividade e baixo custo (economicidade).

Soligo (2012) inclui ainda como critérios recomendáveis para um indicador: a seletividade, a abrangência, a rastreabilidade, a acessibilidade, a comparabilidade, a estabilidade e a rapidez de disponibilidade.

Brasil (2004) traz como atributos de qualidade de um indicador: a mensurabilidade (vista também como acessibilidade dos dados), a relevância, a integridade dos dados, e a consistência interna (valores coerentes e não contraditórios).

Segundo Soligo (2012), foi na década de 1960 que se expandiram constatações das grandes diferenças existentes entre crescimento econômico e

melhorias das condições sociais da população. Naquela época, foram várias as tentativas de se mensurar os impactos das políticas públicas, entre elas surgiu o indicador Produto Interno Bruto (PIB). Este indicador surgiu com o objetivo de demonstrar o nível de desenvolvimento socioeconômico dos países, porém, cada vez mais exprimia as desigualdades sociais. A partir de então, várias instituições financeiras passaram a se dedicar na busca de conceitos e métodos capazes de quantificar o bem-estar e as mudanças sociais, na perspectiva de melhor organizar as ações governamentais.

Na década de 1970, com o excesso de planejamento tecnocrático, ocorreu o descrédito no uso de indicadores. No entanto, em 1980, com uma formulação e implementação de políticas públicas baseadas em planejamento local e participativo, o uso de indicadores retoma seu papel importante, na quantificação e qualificação das condições de vida da população (SOLIGO, 2012).

Em 22 de fevereiro de 2006 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 399, consolidando o SUS e aprovando as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006. Para tal, estabeleceu três componentes: Pactos Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e Pacto de Gestão. Esta Portaria também traz a normatização do planejamento, monitoramento e avaliação pelos três entes públicos (Municípios, Estados e União), e estabelece o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) como documento formal para pactuar metas e objetivos para cada nível da gestão (BRASIL, 2006a).

Destacamos aqui o Pacto Pela Vida, que expressava um grupo de atividades sanitárias, demonstradas através de ações a serem desenvolvidas em busca de resultados prioritários em saúde, definidas pelos três entes federativos, com arranjos orçamentários e financeiros estabelecidos. Para custeio das ações, os blocos foram definidos como: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (BRASIL, 2006a).

Desde 2008, o Ministério da Saúde definiu os indicadores de monitoramento e avaliação, através da Portaria nº 325 (BRASIL, 2008a). A partir de então, foram definidos metas e prazos, registrando as informações através de um aplicativo governamental – SISPACTO, passando o processo a ser chamado de pactuação unificada de indicadores, articulados com o Plano de Saúde e com a Programação Anual de Saúde. Todos os indicadores pactuados passam a serem avaliados

anualmente, constando seus resultados no Relatório Anual de Gestão (RAG), do respectivo ano (BRASIL, 2012).

O SISPACTO é um sistema online, desenvolvido pelo Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS), utilizado para registro de pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores de saúde. Oferece acesso aberto ao público para relatórios gerenciais e de pactuação dos indicadores para Estado, Região de Saúde e municípios, a partir de 2012. Outro sistema também foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS), nomeado de SARGSUS (Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão), elaborado para que os Estados, Distrito Federal e Municípios registrem as informações do seu Relatório Anual de Gestão.

Com a institucionalização das ferramentas do planejamento (PS, PAS e RAG), pela Lei Complementar nº141/2012, o ente federativo deverá expressar seus objetivos, diretrizes e metas, a partir da análise situacional da sua população. No intuito de auxiliar os entes federativos neste processo, em 2013 o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram o que chamaram de sete premissas norteadoras para o processo de pactuação anual de indicadores entre estados e municípios (BRASIL, 2013).

O documento foi intitulado Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, com sua primeira publicação em 2013 e posteriormente suas edições de revisão. No documento, os indicadores são destacados como elementos essenciais no processo de monitoramento e avaliação, permitindo o acompanhamento do alcance das metas, fundamentando a análise dos resultados e auxiliando na tomada de decisões, bem como realizando análise comparativa de desempenho e dos processos organizacionais. São ainda classificados como: universais os que possuem abrangência nacional e obrigatória a sua pactuação pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; e como específicos os de pactuação a ser consensuada pelo território, a depender da sua especificidade, decididos pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) de cada Estado (BRASIL, 2013).

No primeiro volume, em 2013, foram definidos 67 (sessenta e sete) indicadores a serem pactuados pelos entes federativos, resultante de uma elaboração histórica, envolvendo inúmeras instâncias responsáveis a pensar acerca da garantia

do direito à saúde, um dos direitos fundamentais, garantidos pela Constituição Federal (CF) de 1988, nos seus Artigos 196 ao 200 (BRASIL, 2013).

Como a Resolução da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) nº 05, de 2013, permite o ajuste anual do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 - 2015, a segunda edição publicada em 2014, e mantida em 2015, trouxe a exclusão de apenas um indicador e alteração na tipologia de três indicadores, restando ainda 66 (sessenta e seis) indicadores no quadro geral (BRASIL, 2015b).

Porém, em 2016 os indicadores de pactuação interfederativa (como passaram a serem chamados) foram divulgados em agosto do referente ano, através da Resolução CIT nº 02, com um elenco contemplando apenas 29 (vinte e nove) indicadores, menos da metade formulada nos anos anteriores pela comunidade de especialistas que elaboraram o quadro de referência dos indicadores (BRASIL, 2017a). Entre os excluídos estão indicadores importantes para avaliação da Rede de Atenção às Urgências, como situações de eventos que necessitem de suporte para enfrentamento de pandemias (proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas unidades de terapia intensiva - UTI; e, cobertura do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU 192).

Em novembro de 2016 a Comissão Intergestores Tripartite elege nova lista com um elenco de 23 (vinte e três) indicadores nacionais a serem pactuados nos anos de 2017-2021, através da Resolução nº 08. O Governo do Estado da Bahia então, divulga em março de 2017 um caderno intitulado Pactuação das Diretrizes, Objetivos e Indicadores 2017-2021 (SISPACTO). Neste caderno, 23 (vinte e três) indicadores nacionais são apresentados, porém, apenas 20 (vinte) foram definidos pela CIB/BA de caráter obrigatório para os municípios baianos (BAHIA, 2017).

A que se deve esta redução? Por que um instrumento tão relevante de planejamento, de execução, de avaliação e de reformulação de políticas públicas direcionadas à saúde sofreu uma mitigação desta monta? O que justifica esse procedimento? Quais impactos essa redução pode causar no monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde? Houve consenso com relação a essa redução e alteração de parâmetros de avaliação com as instâncias de controle do Sistema Único de Saúde?

Considerando o fato que, como especialista em gestão, com ênfase em saúde coletiva, há alguns anos (quase uma década) trabalhando no planejamento,

monitoramento e avaliação em saúde, tendo como parâmetros o uso de indicadores de morbidade e mortalidade, estas interrogações afloraram, causando inquietações. Pelas respostas não chegarem claramente no convívio com a gestão em saúde pública, surgiu então, uma motivação para a realização do presente estudo, considerando a importância do uso de indicadores como ferramenta indispensável de planejamento e avaliação na gestão em saúde, em busca de efetivação de políticas de saúde.

Observou-se que o uso de indicadores se constitui em uma norma do planejamento e avaliação da gestão do SUS no Brasil, com um arcabouço legal há mais de 20 anos, levando-se em conta desde a Lei nº8.080 (BRASIL, 1990a), passando por toda a legislação já citada, até os instrumentos de gestão vigentes. Deste modo, ao se alterar os parâmetros de avaliação, reordenando quantidades e tipos de indicadores, bem como seus métodos de cálculos, se faz necessário um estudo aprofundado da qualidade e eficácia dos que permanecem a serem pactuados.

A pesquisa, cujos resultados são apresentados aqui, tem como objetivo geral: avaliar se as alterações ocorridas no rol de indicadores do Ministério da Saúde de 2012 a 2017, em especial as que compõem as diretrizes pautadas no acesso à AB e à redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio de ações de vigilância à saúde, implicam em prejuízo qualitativo no planejamento e na avaliação da gestão em saúde; e, como objetivos específicos: relacionar o quantitativo de indicadores definido no elenco do MS com o pactuado pelo Estado da Bahia, bem como o percentual e alcance de metas deste ente federativo a cada ano; demonstrar a existência de fragilidades nos atributos dos indicadores na avaliação do acesso aos serviços de saúde pública; analisar se existe relação entre a redução de indicadores de morbidade e mortalidade e controle fiscal dos gastos em saúde (atenção básica e vigilância em saúde); analisar se os resultados demonstrados no período analisado implicam em melhorias nas condições de acesso à atenção básica e redução de agravos à saúde no Brasil e na Bahia, despertando para a fragilidade das instâncias de controle na etapa de avaliação das políticas públicas de saúde no Brasil.

O estudo questiona se existe uma possível supressão de indicadores em prol de uma camuflagem da involução nas condições de acesso à saúde da população. Sendo a Bahia utilizada como ente estadual amostral, pelo fato da pesquisadora estar atuando no cenário da gestão municipal em saúde no estado, no período, com práticas

e vivências nas instâncias colegiadas de secretários municipais de saúde e conselhos de saúde.

Baseado em Uwe Flick (2009), onde a pesquisa qualitativa lida sobretudo com textos, e, considerando que as barreiras de interpelações quantitativas passam a serem utilizadas como justificativa na utilização da pesquisa qualitativa, para o alcance dos objetivos, o estudo partiu de um método dedutivo, com abordagem qualitativa, cujo aspectos estruturais são analisados por método quantitativo. Ou seja, a pesquisa quantitativa oferecendo subsídios para apoiar uma pesquisa qualitativa.

Conforme Mckinlay (1995 *apud* FLICK, 2009, p. 42), “na saúde pública, são os métodos qualitativos, e não os quantitativos, que levam a resultados relevantes”. Entendendo que ambos os métodos não são antagônicos incompatíveis que não possam ser harmonizados, após uma etapa conceitual e outra de abordagens quantitativas, o estudo apresenta algumas fases de abordagens qualitativas (onde busca, por exemplo, expressar a qualidade das atuais ferramentas de avaliação da política de saúde), no objetivo de que os métodos sejam complementares na confirmação ou negativa das hipóteses aqui apresentadas.

Realizou-se uma pesquisa descritiva, com informações obtidas através de um estudo exploratório, com análise de dados secundários, com coleta de dados de forma indireta, extraídos de levantamento bibliográfico (em fontes científicas) e documental, com pesquisa em sites oficiais, sistemas de informações do Ministério da Saúde e na legislação vigente (LAKATOS; MARCONI, 2014). Utilizou-se registros encontrados no SARGSUS, no SISPACTO, DATASUS, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), bem como artigos científicos, dissertação de mestrado, tese de doutorado, além de publicações oficiais, entre outros documentos. Os registros em destaque correspondem aos indicadores de pactuação interfederativa definidos pelo Ministério da Saúde e suas metas pactuadas de 2012 a 2017, com um recorte para os que avaliam a qualidade do acesso à saúde, no âmbito da Atenção Básica, no primeiro capítulo, e agravos à saúde no segundo capítulo, utilizando os resultados do Estado da Bahia como referência amostral do ente estadual.

Foi escolhido o período de 2012 a 2017 em virtude da expressiva alteração ocorrida no elenco, com aumento de 2012 para 2013, e redução significativa a partir de 2016. Vale ressaltar que a vigência do elenco publicado em 2017 segue até o ano 2021.

Neste delinear, o trabalho inicia seu primeiro capítulo com uma introdução à legislação do planejamento, monitoramento e avaliação em saúde pública, destacando o papel dos indicadores como ferramenta de gestão de políticas públicas de saúde. Nesta etapa os indicadores são identificados como as variáveis da pesquisa, sendo apresentada a avaliação quantitativa elencada pelo Ministério da Saúde no período de 2012 a 2017.

Em seguida a quantidade elencada pelo Ministério da Saúde é relacionada com a pactuada pela Bahia, no período correspondente, com destaque aos indicadores de acesso à Atenção Básica. Com base na Diretriz direcionada à qualificação do acesso à AB: procura identificar fatores que demonstrem a qualidade dos atuais indicadores na avaliação do acesso à Atenção Básica utilizando a Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, desenvolvida pelo Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS), da FIOCRUZ; busca discorrer se as alterações implicam em prejuízo para a avaliação da efetividade da política pública de saúde, em especial da Atenção Básica.

No terceiro capítulo são avaliados os atuais indicadores de agravos à saúde, retratando as possíveis consequências da supressão de alguns há muito utilizados no planejamento e avaliação da Política de Vigilância em Saúde, bem como, possíveis situações correlacionadas.

No quarto capítulo o estudo propõe reforçar o direito à saúde, como dever do Estado, relacionando a mitigação das políticas públicas no período analisado com reflexo nas precárias condições de universalidade do SUS, bem como no favorecimento de agravos pela incipiência das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Destaca o prejuízo com a ausência de avaliação da política pública de saúde, proveniente da não obrigatoriedade, pelos entes federados, do monitoramento de indicadores importantes de morbidade e mortalidade, bem como a falta de participação das instâncias deliberativas e de controle da gestão do SUS nos processos de avaliação.

Por fim, o estudo demonstra a síntese conclusiva, as referências das obras e documentos citados e consultados.

2 GARANTIA DO ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA NO SUS: UMA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA ATRAVÉS DOS INDICADORES DE SAÚDE, 2012 A 2017

Considerada a décadas como principal porta de entrada aos serviços de saúde no SUS, a Atenção Básica, ou Atenção Primária à Saúde (APS), tem tido papel de destaque nas agendas do Ministério da Saúde.

Em 1996, com aprovação da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96), o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) passaram a ser estratégias prioritárias para a consolidação da Atenção Primária à Saúde, nos municípios brasileiros (BRASIL, 1996). Em 1997, estes programas foram efetivamente instituídos e regulamentados pela Portaria nº 1.886, e posteriormente vários outros documentos têm surgido em busca do aperfeiçoamento das políticas voltadas à Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 1997).

Como marco na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) foi publicada em 2006 a Portaria nº 648 estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b). A partir daí houveram revisões na Política Nacional de Atenção Básica, sendo a vigente publicada em setembro de 2017, através da Portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017b).

A atual Política Nacional de Atenção Básica traz no seu contexto o propósito de regulamentar a implantação e operacionalização vigentes, no plano do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as diretrizes para a conformação da Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017b). A nova PNAB trata os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como equivalentes. Define Atenção Básica como conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que compreendem a promoção, a prevenção, a proteção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde. Estas ações devem ser realizadas por equipe multiprofissional qualificada na gestão do cuidado integrado, com responsabilidade sanitária sob populações de territórios definidos. Considera na oferta da assistência à saúde, os determinantes e condicionantes de saúde do território atendido (BRASIL, 2017b).

Um destaque na nova PNAB se deve a normatização do papel da Atenção Básica como central na comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenando o cuidado e ordenando as ações e serviços disponibilizados na RAS. Quanto ao planejamento das ações de saúde na Atenção Básica, os equipamentos deverão manter as informações necessárias para a construção dos indicadores estabelecidos pela gestão sempre atualizados, com base nos parâmetros pactuados no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os parâmetros a serem pactuados correspondem as prioridades, objetivos e metas (BRASIL, 2017b).

2.1 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO NO ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) divulgou, em 2019, uma publicação, elaborada por uma comissão de alto nível, com dez recomendações para que os países das Américas, de fato, consigam alcançar a universalização da saúde. Entre as recomendações está: desenvolver modelos de atenção baseados na atenção primária à saúde (Salud Universal em el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata) (OPS, 2019). O documento aponta como um dos principais problemas nos sistemas de saúde os obstáculos ao acesso a esse direito. Afirmar prevalecer nos sistemas de saúde o modelo hospitalocêntrico, além da precariedade de recursos humanos, que padecem de formação orientada para a atenção primária à saúde, com uma restrita participação social.

Em 2017, O Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde divulgaram que aproximadamente metade da população mundial não tem condição financeira suficiente para obter serviços essenciais de saúde (ONU, 2018).

Segundo afirma Teston (2016), entre as diversas medidas de enfrentamento contra a crise econômica vividas no atual cenário brasileiro, estão as severas restrições nos gastos públicos. A autora declara que: “[...] conforme se desenvolve a crise do capitalismo contemporâneo, a saúde pública brasileira entra em processo de desvalorização”.

De acordo Machado, Lima e Baptista (2017), apesar da escalada dos governos de esquerda no Brasil, de 2003 a 2016, alhear a expectativa de um modelo de desenvolvimento redistributivo, vários problemas de saúde não foram ponderados. Permanecendo o setor da saúde pública como um dos setores com fortes embates e grandes perdas.

Por conseguinte, o processo de planejamento e avaliação em saúde esbarra em limitações, e até mesmo em retrocessos. Verifica-se uma fragilização do Sistema Único de Saúde, com uma forte pretensão do seu desmonte, induzida por detentores do capital financeiro, com apoio do Estado (BRASIL, 2016a).

Não é objeto deste trabalho discorrer sobre todo o desastre contingencial proposto pelo Governo Federal, principalmente na saúde pública. Porém, torna-se impossível não fazer referências a medidas políticas, econômicas ou fiscais que provocam impactos, em potencial, nos determinantes e condicionantes de saúde da população, e que no âmbito deste trabalho prevê como contextualização.

No trabalho de Teston (2016) intitulado Avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre no contexto do capitalismo contemporâneo: limites e desafios para sua perspectiva emancipatória, ela demonstra que os atuais indicadores da Atenção Básica “[...] materializam a lógica de quantificar a oferta e o consumo de serviços, fragmentando o processo de avaliação em saúde”.

Ou seja, uma política pública de resultados quantitativos, regida pelas leis de mercado, onde sua avaliação se fundamenta na ideia do produtivismo, ao invés da mensuração da qualidade dos serviços de saúde, e conseqüentemente da melhoria das condições de saúde dessa população (MARIANO, 2017).

2.1.1 Evolução quantitativa dos indicadores de saúde

Pautada nessa forma de avaliação em saúde, os dados a seguir fazem uma avaliação quantitativa dos indicadores elencados pelo Ministério da Saúde, pactuados pela Bahia e seus respectivos resultados, entre 2012 a 2017.

Tabela 1 - Proporção de metas alcançados pela BA em relação ao total pactuado

Ano	Quantidade de indicadores definida MS	Total de indicadores pactuados pela Bahia		Indicadores de acesso à Atenção Básica	
		Quantidade	% metas alcançadas	Quantidade pactuada	% metas alcançadas
2012	32	30	40,00	4	25,00
2013	67	45	33,33	6	50,00
2014	66	45	24,44	6	66,67
2015	66	45	17,78	6	50,00
2016	29	22	18,18	2	50,00
2017	23	19	36,84	3	100,00

Fonte: DATASUS, SISPACTO, SARGUS

Os registros do rol de indicadores do DATASUS do Ministério da Saúde demonstram 32 (trinta e dois) resultados elencados para o ano de 2012. No instrutivo SISPACTO encontram-se pactuados para o Estado da Bahia 30 (trinta) indicadores. Sendo o SISPACTO um sistema com metas, verificou-se que no ano de 2012 a Bahia alcançou apenas 6 (seis) das trinta metas pactuadas, e 10 (dez) não possuem registros dos resultados no SISPACTO.

Quando se analisa os resultados no sistema de tabulação de dados do DATASUS, dos indicadores pactuados pela Bahia, apenas um não possui registro do resultado para o ano de 2012. Entre os nove resultados registrados, seis alcançaram a meta proposta para o ano. Ou seja, dos 30 (trinta) indicadores pactuados pela Bahia em 2012, apenas 40% alcançaram as metas pactuadas, se consideramos para avaliação todos os resultados registrados nos dois sistemas de informação (SISPACTO e DATASUS). Ainda em 2012, quatro indicadores foram elencados pelo MS com objetivo de avaliar a ampliação do acesso à Atenção Básica. Destes, a Bahia alcançou a meta proposta para apenas um indicador (cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família).

No ano de 2013 o Ministério da Saúde amplia seu elenco para 67 (sessenta e sete) indicadores. Neste período a Bahia pactuou metas para apenas 45 (quarenta e cinco).

No SISPACTO 2013 não foram encontrados registros dos resultados, apenas das metas. No DATASUS os registros destes indicadores demonstram cerca de 33,33% de metas alcançadas, em relação às metas pactuadas no SISPACTO. Três dos indicadores estão sem registros dos resultados para o ano de 2013.

Ainda sobre 2013, do rol de indicadores do Ministério da Saúde proposto para o ano, seis tinham como objetivo avaliar a ampliação do acesso a Atenção Básica.

Destes, a Bahia alcançou apenas três, e um não pactuou, registrando como “não se aplica”.

Em 2014, o Ministério da Saúde subtraiu um indicador do seu elenco, e a Bahia pactuou metas somente para 45 (quarenta e cinco). Os resultados extraídos do DATASUS demonstram que apenas 24,44% das metas foram alcançadas, e três apresentavam-se sem registros de resultados.

Do elenco dos indicadores de 2014 do Ministério da Saúde, seis avaliam o acesso a Atenção Básica, e todos foram pactuados pela Bahia. No entanto, somente quatro tiveram suas metas alcançadas.

Em 2015 o Ministério da Saúde manteve o rol de 66 (sessenta e seis) indicadores de 2014, e a Bahia manteve sua pactuação em 45 (quarenta e cinco) indicadores. Apenas 14 (quatorze) indicadores apresentaram os resultados no sistema de tabulação do DATASUS, o que dificulta o monitoramento e avaliação por parte dos Estados e Municípios. No entanto, no Relatório de Gestão do SARGUS/DATASUS, dos 45 indicadores pactuados em 2015, estão registrados os resultados de 35 (trinta e cinco) indicadores. Destes, apenas 17,78% alcançaram as metas propostas para o período. Ao mesmo tempo que o Ministério da Saúde disponibiliza os sistemas de informação como meios de pactuação e instrumentos de controle e avaliação, os registros apresentam-se incompletos, inviabilizando o processo de avaliação.

Dos 66 indicadores de 2015, o Ministério da Saúde manteve os seis para avaliação do acesso à Atenção Básica, e a Bahia pactuou todos, alcançando somente três. Um alcance de apenas 50% nessa diretriz, mantendo a limitação na qualidade do acesso à Atenção Primária à Saúde no Estado.

Em 2016 o rol de indicadores do Ministério da Saúde foi reduzido em aproximadamente 33,33% em relação ao ano de 2015, contemplando um rol de somente 28 (vinte e oito) indicadores a serem pactuados pelos entes federativos. Com isso, a Bahia pactuou apenas 22 (vinte dois) indicadores, e o Relatório Anual de Gestão do Estado da Bahia, de 2016, disponível para consulta no SARGUS/DATASUS, apresenta seus respectivos resultados, com alcance de apenas quatro das metas pactuadas para o período (aproximadamente 18,18%).

Neste ano de 2016, apenas dois indicadores encontram-se como parâmetros para o alcance do objetivo de ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde:

cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF), e proporção de exodontia em relação aos procedimentos. Apenas este último teve sua meta alcançada pela Bahia em 2016.

Em 2017 com o rol do Ministério da Saúde, composto de 23 indicadores, a Bahia pactuou metas para 22, e alcançou sete metas registradas no SARGSUS (36,84%). Neste ano, os indicadores apresentaram alteração significativa na Diretriz e Objetivos, apresentando três indicadores com características de avaliação do acesso aos serviços da Atenção Básica. A Bahia pactuou os três, com 100% destes com suas metas alcançadas.

Observou-se que, quanto maior o número de indicadores no rol do Ministério da Saúde, maior se tornou a diferença entre a quantidade elencada pelo Ministério da Saúde e o total de metas pactuadas pela Bahia, de modo que, no ano de menor diferença entre estas (2012) foi o ano com maior alcance de metas para o Estado da Bahia.

Com relação ao acesso à Atenção Básica, os anos de 2013 a 2015 foram os quais o Ministério da Saúde apresentou maior quantidade de indicadores a serem pactuadas com esse objetivo. A Bahia sempre pactuou todos dessa categoria (acesso à AB), porém somente em 2017 apresentou um alcance de 100% das metas propostas.

Uma avaliação da proporção de metas pactuadas e de percentual de metas alcançadas, pelo Estado da Bahia, em relação a todo o elenco anual estabelecido pelo Ministério da Saúde, demonstra que os anos de 2014 a 2016 foram os anos com os piores resultados alcançados, conforme tabela a seguir.

Tabela 2 - Proporção de indicadores pactuados pela BA em relação ao total definido pelo MS

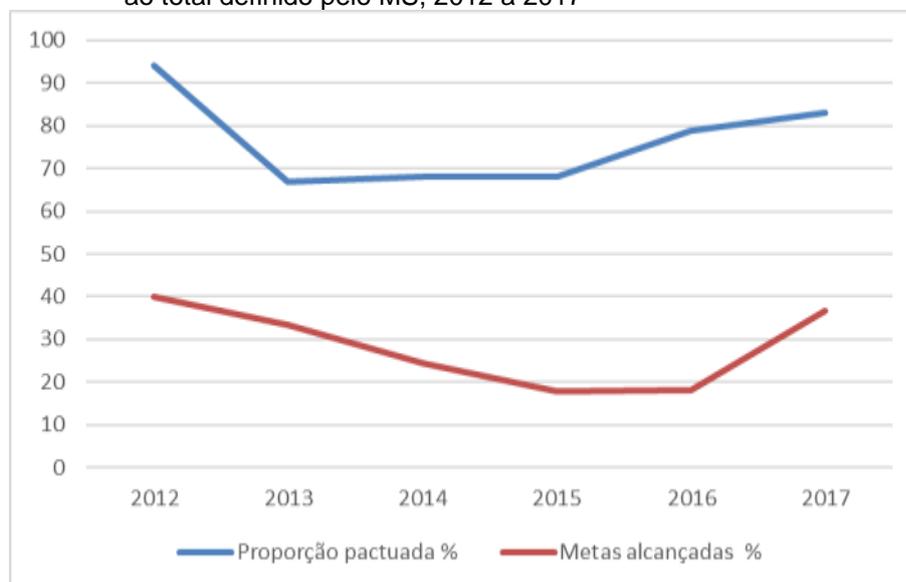
Ano	Proporção pactuada %	Metas alcançadas %
2012	94,00	40,00
2013	67,00	33,33
2014	68,00	24,44
2015	68,00	17,78
2016	79,00	18,18
2017	83,00	36,84

Fonte: DATASUS, SISPACTO, SARGSUS

Numa representação gráfica, conforme figura a seguir, é possível afirmar que, o Estado da Bahia só apresenta elevação no alcance de suas metas, em relação à

proporção de pactuação, exceto 2012, apenas em 2017, quando têm-se o menor número de metas pactuadas do período avaliado.

Figura 1 - Proporção de indicadores pactuados pela BA e % de metas alcançadas em relação ao total definido pelo MS, 2012 a 2017



Fonte: DATASUS, SISPACTO, SARGSUS

Elevar a proporção de metas pactuadas não implicou no aumento direto da porcentagem das metas alcançadas, se considerarmos principalmente o ano de 2016.

2.1.2 Efetividade no acesso à Atenção Básica

Utilizando a definição de Marinho e Façanha (2001, p. 2), efetividade pode ser considerada como “[...] a capacidade de se promover resultados atendidos”. Portanto, a efetividade em programas de saúde está relacionada à implementação das ações e à consolidação dos objetivos.

Os debates sobre os programas de governo se revezam entre a busca de resultados e a contenção financeira. Por serem criados, quase que na sua totalidade para alcançarem a “objetivos genéricos, múltiplos, e de difícil verificação à priori”, seu alcance torna-se comprometido, em grande parte dos casos. Essa limitação na aferição dos seus objetivos acaba sofrendo obstáculos financeiros, principalmente quando se entrelaçam com o período de vigência, que quase sempre ultrapassa os períodos fiscais e orçamentário de um Governo (MARINHO; FAÇANHA, 2001, p. 1).

Considerando-se que as crises econômicas e fiscais induzem à prática de políticas públicas com menos custos, porém com busca de efetividade, ao invés de uma avaliação baseada no produtivismo, no número total de metas alcançadas, os dados deveriam ser avaliados pela qualidade dos indicadores que compõem o elenco a cada ano.

Nesse intuito, observando-se que, de 2012 a 2015 a Diretriz que avalia o acesso à Atenção Básica permaneceu a mesma, havendo alterações apenas nos indicadores, conforme descrito no quadro 1, é possível se estabelecer atributos no intuito de dimensionar a efetividade de cada indicador (BRASIL, 2017a).

Vale ressaltar que, em 2016 ocorreu uma alteração na redação da Diretriz, que se manteve até o momento atual (BRASIL, 2017a; BAHIA, 2017).

Quadro 1 - Diretrizes e Indicadores para avaliação do acesso à Atenção Básica, MS, a partir de 2012

Rol do Ministério da Saúde		2012	2013	2014	2015	2016	2017-2021
Diretriz	Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica de atenção especializada	+	+	+	+		
	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de Atenção Básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS						+
Indicadores	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	+	+	+	+		+
	Proporção de internamentos por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab)		+	+	+		
	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família (PBF)	+	+	+	+	+	+
	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	+	+	+	+		+
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	+	+	+	+		
	Proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos		+	+	+	+	

Fonte: Cadernos de indicadores do MS/SISPACTO

Importante destacar que, em alguns anos, mesmo mantendo os indicadores utilizados anteriormente, a forma de cálculo sofreu mudanças, causando certa imprecisão na comparação.

Através do quadro teórico-conceitual desenvolvido pelo PROADESS, utilizando-se a Matriz de Desempenho, pode-se classificar os indicadores da AB, quanto à dimensão e subdimensão, conforme tabela 3.

Tabela 3 – Indicadores da Atenção Básica quanto a avaliação da Matriz do PROADESS

Indicador	Dimensão	Subdimensão
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Desempenho dos serviços de saúde	Acesso
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família (PBF)	Determinante de saúde	Socioeconômica
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	Desempenho dos serviços de saúde	Acesso
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Desempenho dos serviços de saúde	Acesso
Proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos	Desempenho dos serviços de saúde	Acesso
Proporção de internamentos por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab)	Desempenho dos serviços de saúde	Efetividade

Fonte: PROADESS/FIOCRUZ

Apesar da Diretriz do Ministério da Saúde ter como premissa a avaliação do acesso da população à Atenção Básica, em todo o período analisado, a tabela 3 demonstra que, somente quatro (de seis) dos indicadores da AB foram classificados na subdimensão que avalia acesso. E destes, apenas três encontram-se no elenco atual do Ministério da Saúde para o período 2017-2021: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica; Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família e; Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.

O modelo econômico com base neoliberal fundamenta-se na busca de redução de despesas, mesmo que o cenário implique em aumento das desigualdades sociais. Com isso, a parcela da população em extrema pobreza passa a ter um destaque na avaliação do acesso em saúde, porém sua mensuração ocorre de forma limitada, através de um quantitativo de ações e de um público restrito, que não configura acesso efetivo, muito menos a qualidade desse acesso.

Essa situação se expressa no indicador subordinado ao Programa Bolsa Família, no elenco equivalente à AB. Vinculado a uma subdimensão socioeconômica, esse indicador descaracteriza a proposta inicial da Diretriz Nacional de qualificação e efetividade do acesso à AB. Além disso, seu cálculo possui uma limitação da população a ser avaliada, restringindo apenas aos que se encontram em faixa socioeconômica considerada de extrema pobreza, com acompanhamento obrigatório na saúde para somente as mulheres na faixa etária de 14 a 44 anos, e crianças menores de 7 anos, segundo Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde, publicado em 2010 (BRASIL, 2010). Se considerarmos sob a ótica de Soligo (2012), este indicador não possui critério de abrangência, restringindo o público a um patamar que pode comprometer o resultado.

Deste modo, como considerar efetivo para uma população geral uma amostra que tem como base de cálculo um público limitado a uma situação socioeconômica, sexo e faixa etária, onde o SUS preconiza a universalidade do acesso? Que utiliza como principais dados de mensuração do acesso à Atenção Básica apenas a avaliação antropométrica e a atualização de caderneta de vacina?

Até mesmo os dois indicadores da relação 2017-2021 que avaliam cobertura populacional estimada de equipes de saúde, considerados pela Matriz do PROADESS na subdimensão do acesso, possuem limitações, quando se leva em conta a forma de obtenção do seu resultado. Ocorre a partir da quantidade de profissionais de nível superior e médicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Neste caso, o que está sendo mensurado é a carga horária cadastrada em um sistema de informação, a oferta potencial registrada, ao invés de se considerar o trabalho de fato desenvolvido e o real acesso aos serviços de saúde. Não está sendo avaliado o acesso concreto que a população conseguiu ter às ações e serviços de saúde na Atenção Básica no período (BAHIA, 2017).

Assim sendo, podemos afirmar que estes dois indicadores não possuem o atributo de objetividade, definido por Bittar (2001), uma vez que não expressam o resultado fiel do objeto proposto. Também é possível afirmar que faltam a eles consistência interna.

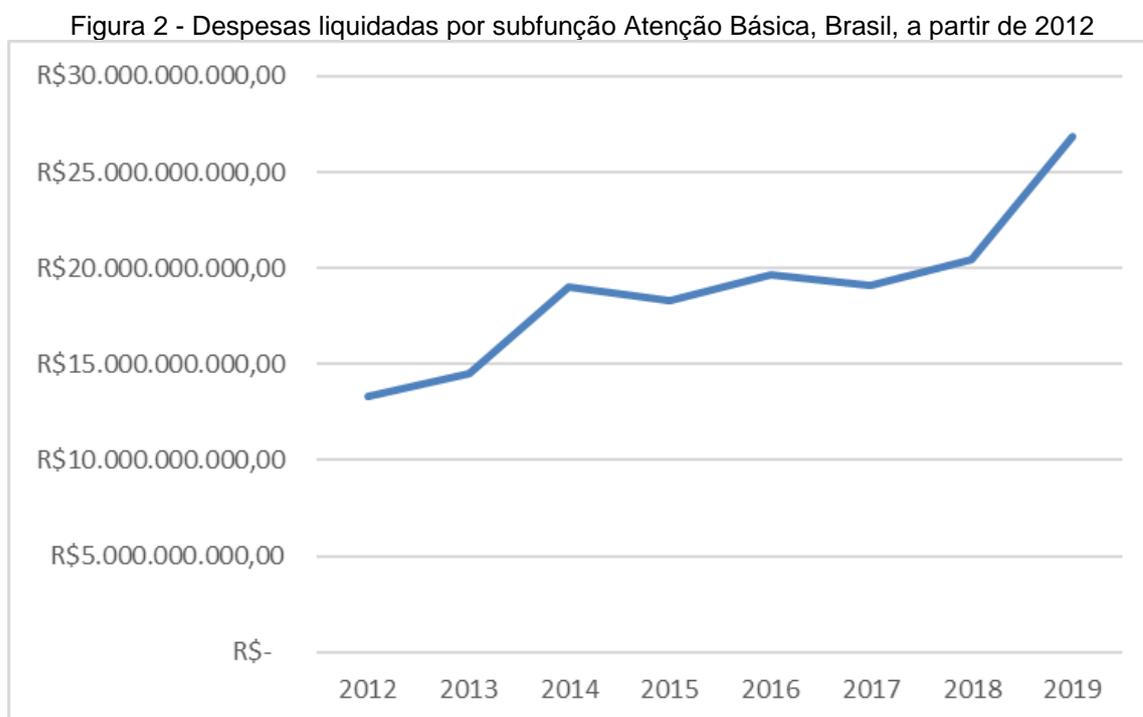
Portanto, considerando que a atual diretriz do Ministério da Saúde, referente à Atenção Básica, busca ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, utiliza indicadores de avaliação que não correspondem ao proposto, uma vez que não condizem com os atributos e critérios necessários ao objetivo propostos.

2.2 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA, A PARTIR DE 2012

Com todas as alterações descritas no parâmetro de avaliação do acesso à principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (quanto aos indicadores), em um cenário de busca de resultados quantitativos e ajustes financeiros, é importante analisar a evolução financeira desse bloco de financiamento, no período aqui estudado.

É certo que, a economia capitalista, envolta no modelo econômico neoliberal vigente, baseada em resultados, valoriza a redução de custos de forma intensa, em detrimento de enfrentamentos na redução de desigualdades sociais. Deste modo, tendo em vista a redução de indicadores de acesso à Atenção Básica, se faz necessário uma pesquisa nos resultados financeiros se a redução se deu em consonância.

Foram levantadas as informações declaradas no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sobre as despesas liquidadas pela União e pelo Estado da Bahia, em Atenção Básica, descritas nas figuras a seguir:



Fonte: SIOPS/MS

Os dados foram extraídos do demonstrativo de despesas com saúde, conforme relatório resumido de execução orçamentária, por subfunção, utilizando os valores consolidados, liquidados de janeiro a dezembro do ano correspondente.

A figura 2 demonstra uma elevação significativa de despesas liquidadas na subfunção Atenção Básica, pela União, em quase todo o período. Sofre um pequeno declínio em relação ao ano anterior apenas em 2015 e 2017. Lembrando que nos anos de 2013 a 2015, o número de indicadores que monitora o acesso aos serviços de Atenção Básica, pelo Ministério da Saúde, totalizava 6 (seis) indicadores, reduziram para 2 (dois) em 2016, passando para 3 (três) em 2017, se mantendo no elenco estabelecido até 2021.

Os aumentos nas despesas liquidadas pela União em Atenção Básica aparecem numa curva crescente mais inclinadas nos anos de 2014 e 2018, coincidentemente anos de eleições presidenciais.

No entanto, o ano com maior elevação de valores de despesas liquidadas em Atenção Básica, pela União, corresponde ao ano de 2019. Uma das principais razões, senão a exclusiva, deve-se ao fato do Governo Federal ter utilizado, com forte intensidade aos Fundos de Saúde, a modalidade de repasse de incremento de custeio de Atenção Básica e de Média Complexidade através de emendas parlamentares e de bancada, coincidentemente, no período de votação da reforma da previdência pela Câmara de Deputados.

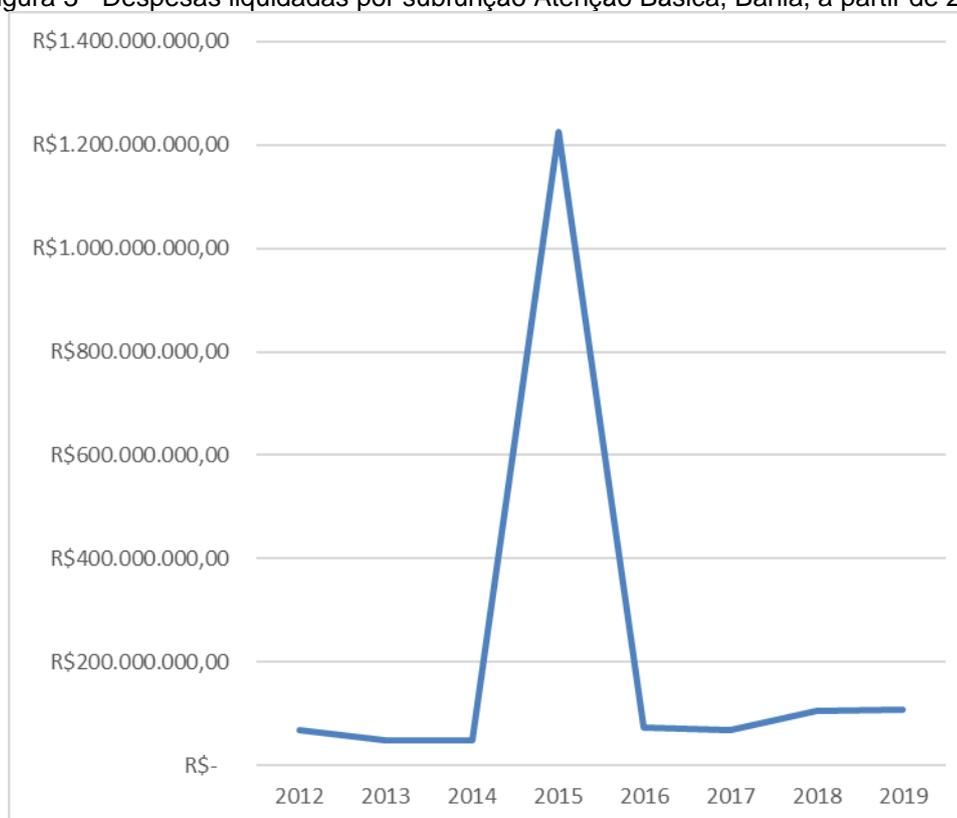
É pertinente aqui fazermos um destaque para a Emenda Constitucional N° 95, de 15 de dezembro de 2016, que altera o Regime Fiscal dos Orçamentos da União. Também conhecida popularmente como a emenda que “congela” os gastos públicos, sendo 2017 o ano base de referência para os gastos com saúde (BRASIL, 2016a). Não entrando em detalhes, mas apenas chamando a atenção que a figura 2 demonstra a possibilidade de divergência, no que se refere à execução das despesas e o cumprimento da referida legislação, nos anos que se seguem a aprovação da EC 95.

Sendo o Conselho Nacional de Saúde uma das instâncias de controle, também responsável pela aprovação dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), identificou-se que houve reprovação dos RAG referentes aos anos de 2017 e 2018, conforme demonstram as respectivas resoluções do CNS N° 599/2018 e N° 638/2019. Ambas trazem como uma das inconsistências nos seus pareceres a elevada

incidência de metas da PAS com realizações abaixo da programação para o referido ano (BRASIL, 2018, BRASIL, 2019a).

Caberia dessa forma, um estudo posterior sobre as reações da Controladoria Geral da União (CGU), Ministério Público Federal (MPF) e Tribunal de Contas da União (TCU) quanto aos encaminhamentos ou deliberações resultantes dos pareceres do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em especial referentes à reprovação de RAG, no sentido de se identificar até onde as ações fiscalizatórias assumem caráter punitivos (nesse caso, no âmbito da União).

Figura 3 - Despesas liquidadas por subfunção Atenção Básica, Bahia, a partir de 2012



Fonte: SIOPS/MS

Na evolução das despesas liquidadas na Atenção Básica, pelo Estado da Bahia, a partir de 2012, houve uma elevação fora do comum no demonstrativo do ano 2015 (R\$ 1.224.332.219,39), comparado aos demais anos. Coincidentemente, ou não, ano de primeiro mandato de um novo Governo do Estado.

Aumento também em 2018 (R\$ 105,263.859,87) com relação ao ano de 2017 (R\$ 68.551.548,34). Ressaltando que, esse foi também um ano de nova eleição para Governo do Estado.

Considerando que a pesquisa utilizou informações extraídas de um sistema de informações validado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), utilizado obrigatoriamente pelos gestores de fundos de saúde, como ferramenta on-line para prestação de contas, bem como instrumento de transparência, o valor correspondente ao ano de 2015 sugere às instâncias de controle uma auditoria contábil, pelo fato de se apresentar muito além dos valores executados no período. Vale aqui ressaltar que o RAG do ano de 2015 teve parecer favorável, com aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde, conforme Resolução CES N° 14/2018 (BAHIA, 2019a).

O próximo capítulo aprofundará o estudo com o elenco dos indicadores de morbidade e mortalidade. Apresentar-se-á indicadores de agravos à saúde pública, avaliando as ações de Vigilância em Saúde no período.

3 INDICADORES DE ALERTA AOS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE PÚBLICA: UMA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL, 2012 A 2017

Segundo Paim (2016), a atenção à saúde pode ser analisada como uma resposta social aos problemas e às necessidades de saúde. Neste contexto, a atenção à saúde passa a integrar a área acadêmica das políticas públicas, especificamente, da Política de Saúde, referente ao estudo das atribuições e recursos do Estado quanto às suas responsabilidades para com a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Vários são os fatores que interveem na atenção à saúde, que por sua vez favorecem a formação de populações com perfil epidemiológico específico. Situação de agravos, doença, riscos, vulnerabilidade, entre outras, irão determinar as necessidades da população (PAIM, 2016).

Um dos principais fatores corresponde ao modelo econômico vigente. O neoliberalismo, muito além de ser uma política econômica, um “movimento de queda na provisão pública de serviços sociais”, é fruto de uma “hibridação neoliberal entre o público e o privado”. Ocorre uma “mercadorização” do setor público, que passa a ser moldado às regras executadas no setor privado, onde predomina o lucro e a competição (VIANA; SILVA, 2018, p. 2.110).

Segundo a Organización Panamericana de la Salud (2019), um modelo econômico orientado no avanço dos serviços privados, com evolução da comercialização das condições de vida, provoca conseqüentemente, além de outros danos, avanço de desigualdades econômicas e de exclusão social. Além disso, eleva o número de doenças não transmissíveis, como as doenças mentais, novas barreiras de acesso à saúde, aumento de vítimas de acidentes de trânsito, de violência em diversas esferas, como as oriundas de atividades ilícitas e conflitos armados.

Oliveira (2018) discute sobre as doenças emergentes ou reemergentes. O aparecimento de novas doenças ou o agravamento de “velhas” doenças, como a tuberculose (considerada pela Organização Mundial de Saúde responsável pela morte de milhões de pessoas na década de 1990). Refere o ‘assombro’ das agências internacionais com esse dado, na época, considerando o ‘silêncio’ dessa doença estar vinculado a questões sociais, econômicas e de saúde em população pobre.

Essa situação remeteu a quadros de prioridades nas agendas governamentais. Em 2006 o Brasil conceituou doenças negligenciadas sendo as que, além de prevalecerem em condições de pobreza, favorecem para a manutenção do quadro de desigualdade, representando forte obstáculo ao desenvolvimento (OLIVEIRA, 2018).

Para a OMS as doenças negligenciadas são quase que exclusivas de países pobres, cujo recursos para pesquisas são baixos, e os medicamentos não são plenamente acessíveis (OLIVEIRA, 2018).

Por todo esse contexto, estas doenças não atraem pautas nas agendas internacionais, muito menos na indústria. Relacionadas às condições de vida, na maioria das vezes levam à morte, ou produzem incapacidades. Elevam os custos dos sistemas de saúde, oneram o setor social, limitam a capacidade produtiva da população, comprometendo o desenvolvimento humano de uma geração (OLIVEIRA, 2018).

Em 2007 as doenças negligenciadas passaram a fazer parte da agenda global, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). São elas: doença de chagas, dengue, úlcera de buruli, cisticercose, dracunculíase, equinococoscência, fasciolíase, tripanossomose humana africana, leishmaniose, hanseníase, filariose linfática, oncocercose, raiva, esquistossomose, helmintíase, tracoma e boubá. A mais nova reconhecida foi a chikungunhya (OLIVEIRA, 2018).

O Brasil publicou a Portaria nº 204, em 17 de fevereiro de 2016, que define a lista nacional de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI), doença é definida como “[...] enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos” (BRASIL, 2016b).

Para o Ministério da Saúde, agravo corresponde a qualquer lesão à integridade física ou mental do ser humano, causado por substâncias nocivas, ou lesões provenientes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada (BRASIL, 2016b).

A saúde pública no Brasil, antes de 1988, praticamente não existia. O seu acesso era limitado a grupos que podiam contribuir com a Previdência Social. Conforme já citado neste trabalho, somente com a Constituição Federal de 1988 a saúde surge como Direito Fundamental, no Artigo 6º, garantido, e responsabilizado pelos entes públicos no seu Artigo 196. O reconhecimento deste direito traz ao Estado

a responsabilidade de desenvolver políticas públicas, sociais e econômicas, com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde dos indivíduos (MOURA, 2013).

A Lei nº 8.080 dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde. Normatiza a execução das ações e serviços de saúde no SUS, organizados por níveis de complexidade, explicitando como os níveis de saúde demonstram a organização social e econômica do País. Este ato também estabelece os campos de atuação do Sistema Único de Saúde, definidos no Artigo 6º, que são: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990a).

No intuito de abranger processos e práticas relacionados às áreas de vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária, o Ministério da Saúde criou um espaço de vinculação intitulado de vigilância em saúde, definindo como sendo uma “[...] ação universal, permanente e integrante das atividades estratégicas do SUS.” (BRASIL, 2014).

As ações da vigilância em saúde devem ser voltadas ao desenvolvimento econômico e aos processos contemporâneos de internacionalização de mercado, sendo geridas por processos normativos, jurídicos, técnicos e científicos, em prol da promoção e proteção da saúde e da qualidade de vida da população (BRASIL, 2014).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde, vários instrumentos legais vêm surgindo, norteando avanços e retrocessos da política de saúde brasileira. Instituíram-se normas operacionais, com finalidade de proporcionar maior autonomia ao município, na gestão financeira em saúde, assim como estratégias de aprimoramento do processo de planejamento e avaliação, além de implantar o fortalecimento do controle e avaliação.

Segundo Brasil (2004), os indicadores possuem dados importantes sobre as condições de saúde dos indivíduos, assim como permitem avaliar o comportamento de uma gestão no desenvolvimento das práticas de saúde. Permitem traçar o perfil de saúde de uma população, para que a partir dos seus resultados seja possível definir um diagnóstico, realizar uma avaliação das ações e serviços de saúde, e construir um planejamento para alcance das metas, ou manutenção.

Rouquayrol (1993) considera indicadores de saúde como parâmetros usados internacionalmente com propósito de avaliar, sob a ótica sanitária, a solidez de agregados humanos, assim como proporcionar ferramentas aos processos de

planejamento de saúde. Para ele indicadores, possibilitam o monitoramento das variações e tendências históricas do que se considera padrão sanitário de diferentes coletivos humanos, tendo em vista à mesma época ou mesma coletividade em diversos períodos de tempo.

Conforme já visto no capítulo anterior, em 2008 o Ministério da Saúde estabeleceu a pactuação unificada de indicadores, articulando com o Plano de Saúde e a Programação Anual de Saúde, os registros das diretrizes, objetivos, metas e indicadores de saúde, oficializando os indicadores de saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Também já discutido no capítulo anterior todas as inclusões, supressões e ajustes ocorridos nesse elenco, de 2013 a 2016 (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015b; BRASIL, 2017a).

Atualmente, o documento utilizado como referência para pactuação 2017-2021 pelos municípios baianos, baseado no parâmetro nacional, intitulado como Pactuação das Diretrizes, Objetivos e Indicadores 2017-2021 (SISPACTO), publicado em março de 2017 pelo Governo do Estado da Bahia, elenca 23 indicadores, sendo destes 20 de caráter obrigatório (BAHIA, 2017).

Portanto, entre outras atividades, o planejamento e a avaliação das ações e serviços de saúde, consistem em competências da direção estadual do Sistema Único de Saúde. Quanto a avaliação e a divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federativa, compete à Vigilância em Saúde, e encontra-se no contexto sanitário-epidemiológico das políticas públicas.

Deste modo, este capítulo avalia como os indicadores de saúde excluídos e/ou não pactuado nos últimos anos podem induzir a prejuízos na avaliação da política pública de saúde, em especial da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Faz um destaque para os indicadores de morbidade e mortalidade, vinculados aos agravos à saúde pública, que permaneceram para pactuação a partir de 2017, buscando sua efetividade na avaliação da política de Vigilância em Saúde.

Também investiga se as alterações no quantitativo de indicadores foram acompanhadas de redução de investimentos na subfunção Vigilância em Saúde.

Além da avaliação nacional, o estudo traz como referência de pactuação o Estado da Bahia, analisando suas metas e resultados no período (2012 a 2017), bem como a situação de possíveis agravos, cujo indicador de monitoramento não tenha sido considerado de pactuação obrigatória para os seus municípios.

3.1 PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA NO BRASIL E NA BAHIA, 2012 A 2017

Em 2012 os indicadores eram contemplados no Termo de Compromisso, documento do Pacto pela Vida, sendo que podemos encontrar resultados de 32 indicadores para a Bahia no TABNET/DATASUS. Nessa época não aparece a classificação de universal e específico. Em 2012 o SISPACTO tem um registro de 30 metas pactuadas para a Bahia, com apenas 06 alcançadas e 10 sem registro de resultados.

Quadro 2 - Quantitativo de indicadores definidos pela União e pactuados pela BA, 2012 a 2017

Ano	Ente federativo					
	Brasil			Pactuado pela Bahia		
	Universal	Específico	Total	Universal	Específico	Total
2012	-	-	32	-	-	30
2013	33	34	67	32	13	45
2014	32	34	66	32	13	45
2015	32	34	66	32	13	45
2016	18	11	29	18	04	22
2017	20	03	23	19	0	19

Fonte: SISPACTO/MS; TABNET/DATASUS

Comparada a 2015, o Ministério da Saúde reduziu em 2016 cerca de 54% dos indicadores, e aproximadamente 62% em 2017. Além da redução quantitativa de metas elencadas pelo Ministério da Saúde, pelo fato de alguns indicadores não possuírem caráter universal, alguns Estados não são obrigados a pactuarem todos anualmente, causando uma redução ainda maior de pactuação para a Bahia.

Dos indicadores que fazem parte do rol, que a Bahia deixou de pactuar em 2016, três avaliam as Redes de Atenção à Saúde (proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente, proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio – Rede de Urgência e Emergência; e cobertura de atenção psicossocial – Rede de Atenção Psicossocial). Também não pactuou o indicador que avalia o número de óbitos por dengue, no entanto a tabela 4 demonstra que o ano de 2016 foi o ano com maior registro no Estado, considerando o período analisado

Tabela 4 – Óbitos por categoria CID-10, Brasil e Bahia, 2012 a 2017

ANO	Ente federado	ÓBITOS CID-10				
		Agressão X58-Y09	A-90 Dengue	A-91 Febre hemorrágica derivada do vírus do dengue	B-55 Leishmaniose	A15-19 Tuberculose
2012	Brasil	56.337	173	217	293	4.421
	Bahia	5.936	9	25	34	358
2013	Brasil	56.804	330	312	313	4.617
	Bahia	5.542	12	11	31	426
2014	Brasil	59.681	245	213	338	4.467
	Bahia	5.897	6	13	47	357
2015	Brasil	58.138	570	360	365	4.610
	Bahia	5.776	6	10	42	410
2016	Brasil	61.143	554	299	358	4.483
	Bahia	6.801	20	11	22	319
2017	Brasil	63.748	112	98	409	4.614
	Bahia	6.860	4	2	37	399

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Ministério da Saúde – TABNET

Se considerarmos que, a partir de 2014 ocorreu o aparecimento de mais dois tipos de arboviroses na Bahia, além da dengue (chikungunya e zika), o número de notificações merece atenção dos gestores de políticas de saúde no Estado, conforme tabela 5 a seguir.

Tabela 5 – Notificações de casos de arboviroses na Bahia, 2012 a 2017

Arbovirose	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dengue	74.404	85.774	24.791	79.166	83.614	15.420
Chikungunya			1.943	27.017	98.714	11.539
Vírus Zika			7	34.710	59.062	3.035
Total	74.404	85.774	26.741	140.893	241.390	29.994

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN ONLINE

Mesmo adquirindo caráter universal em 2017, no relatório de pactuação deste ano do SISPACTO, a Bahia não apresenta meta para o único indicador do elenco que demonstra ações de combate as arboviroses: Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Ainda sobre monitoramento de indicadores de mortalidade, como prejuízo para avaliação dos agravos à saúde pública, provenientes de violência, não se pode deixar de relatar a supressão do indicador Número de Unidades de Saúde com serviço de notificação de violência implantados, do elenco de 2016. O não monitoramento de estabelecimentos notificantes de violência pode proporcionar subnotificação do

agravo, mascarando uma crescente realidade do país, que é a violência, considerando os dados de óbito por agressões, conforme já visto na tabela 4.

Uma outra situação de perda na avaliação da redução de riscos e agravos à saúde da população, ocorre com a retirada dos seguintes indicadores em 2016: número de óbitos por leishmaniose visceral (cuja tabela 4 demonstra não ter ocorrido redução significativa no período); % cães vacinados em campanha antirrábica, e % de escolares examinados em tracoma.

Na tabela 6 pode ser observada uma expressiva redução no número de doses aplicadas de vacina antirrábica no Sistema Único de Saúde a partir de 2015 (BA), resultados de menos investimentos do Ministério da Saúde na prevenção do agravo, associado a uma maior exposição dos indivíduos ao risco de casos de raiva humana.

Tabela 6 - -- Doses aplicadas por imunobiológico na Bahia, 2012 a 2017

Imunobiológico	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Raiva - Cultivo Celular/Vero (RV)	105.862	109.442	102.437	78.974	52.315	23.051
Raiva - Cultivo Celular/Embrionário (RG)	16	913	2340	1705	794	594
Total	105.878	110.355	104.777	80.679	53.109	23.645

Fonte: PNI/TABNET

Os registros de doses de vacinas aplicadas nos últimos anos sugerem graves problemas no que tange a vacinação antirrábica. O estado emite boletim epidemiológico alertando sobre a baixa cobertura vacinal de grande parte dos municípios (BAHIA, 2019b), por outro lado o Ministério da Saúde emite nota sobre desabastecimento do imunobiológico (BRASIL, 2019b). Deste modo, como não deduzir que a retirada do indicador é oriunda de um processo de mitigação dos resultados de uma política pública em crise?

Com relação ao Tracoma (conjuntivite tracomatosa), não consta na relação de Doenças de Notificação Compulsória Imediata do Ministério da Saúde, porém vários estudos, como o de Schellini e Souza (2012) afirmam que a doença não foi erradicada no Brasil, acometendo principalmente a população mais carente. O estudo alerta para a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico, tendo em vista que pode ser confundida por uma conjuntivite alérgica e ser uma potencial causa de cegueira.

Deste modo, chama a atenção os casos de internação por conjuntivite e outros transtornos da conjuntiva no Brasil e na Bahia, de 2012 a 2017, conforme tabela 7 a seguir.

Tabela 7 - Internações por Doenças do olho e anexos CID-10 (conjuntivite e outros transtornos da conjuntiva), Brasil e Bahia, 2012 a 2017

Ente federativo	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Brasil	2.924	3.164	3.229	3.167	3.519	3.791
Bahia	937	985	797	738	767	639

Fonte: Ministério da Saúde – TABNET

O Brasil manteve na posição de indicador 36 Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, entre 2012 a 2015. Em 2016 esse indicador passou a ter a posição 15, chamando-se de Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, mantendo-se como indicador universal (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015b; BRASIL, 2017a).

Em 2017, foram excluídos nove indicadores que faziam parte do elenco do Ministério da Saúde de 2016, retornaram três e foram alterados outros cinco (BAHIA, 2017). Entre os excluídos estão os únicos relacionados à Tuberculose Pulmonar, que de acordo Maciel e Sales (2016), foi apontada pela Organização Mundial de Saúde em 2015 como sendo a doença infecciosa que mais matou no planeta em 2014.

Não deixando de citar, na tabela 4 foi demonstrado o número de óbitos por tuberculose registrado no sistema de informação de mortalidade no Brasil. Os dados levam a suposição que, pouco tem sido feito para que ocorram mudanças quanto a essa realidade nos anos avaliados.

Vale ressaltar que, com a mudança da classificação de caráter universal para caráter específico em 2017, um indicador importante no planejamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde voltadas para as mulheres em idade fértil (MIF), Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados, não foi pactuado pelo Estado da Bahia em 2017 (BAHIA, 2017).

Apesar de tantas exclusões, o retorno em 2017 do indicador Proporção de Casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação, pode ser considerado de grande importância para as ações de vigilância em saúde. Segundo o Ministério da Saúde, este indicador potencializa a detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, tendo em vista que

abrange todas as doenças de notificação compulsória imediata, cujas estratégias de prevenção e controle estão previstas (BAHIA, 2017).

3.1.1 Incidência Parasitária Anual de Malária: um indicador silencioso na Bahia

Segundo Alerta Epidemiológico nº 01/2018 DIVEP/SUVISA/SESAB, a malária é uma doença febril, grave, transmitida através do mosquito da espécie *Anopheles*. Dentre os quatro agentes etiológicos desta doença (*Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale*), as espécies *falciparum* (mais letal) e a *vivax* são as mais comuns no Brasil (BAHIA, 2018).

Outra forma de transmissão que pode ocorrer é também por transfusão sanguínea, ou no compartilhamento de materiais pérfuro-cortantes contaminados com o protozoário (COUTO *et al.*, 2010).

De 2012 a 2015, na Diretriz 7 (Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde), permaneceu o indicador número 50, Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária, apenas para a Região Amazônica (específico), tendo em vista que sua meta consistia em reduzir a IPA de malária na Região Amazônica (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015b).

Em 2016 esse indicador passou a ser o de número 22, no rol do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). Em 2017 ele deixou de existir, e como indicador de número 7 surgiu o indicador número de casos autóctones de malária, trazendo como objetivo orientar e avaliar as ações de vigilância epidemiológica e controle da doença em todo o país (BAHIA, 2017).

Alguns estudos apontam surtos de malária em outros Estados, além da Região Amazônica. Podemos citar aqui Couto *et al.* (2010), no artigo Malária autóctone notificada no Estado de São Paulo, 1980 a 2007, que relata surtos no Estado em 1981, 1986 e 57 casos notificados em 2006.

Como destaque para a Bahia, que não considera o indicador como relevante para os municípios do Estado até 2017 (período da coleta deste estudo), o trabalho de Souza, Dourado e Noronha (1986), intitulado Migrações internas e malária urbana – Bahia, Brasil, demonstra a situação de casos no município de Camaçari, em 1983, predominante em subgrupos migrantes.

Através da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, a malária é considerada doença de notificação compulsória nacional. De acordo essa Portaria, notificação compulsória consiste em uma comunicação obrigatória a uma autoridade de saúde, feita por um profissional de saúde ou responsável pelo estabelecimento de saúde, público ou privado, sobre ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, através do meio de comunicação mais rápido disponível. Esta Portaria traz também a lista de doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória nacional (BRASIL, 2016b).

O Ministério da Saúde elaborou e disponibiliza várias fichas para notificação dessas doenças, agravos e eventos de saúde pública, considerados de notificação obrigatória. Compete aos municípios realizarem suas notificações e enviarem aos serviços de informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar as informações para as Secretarias Estaduais de Saúde. As informações serão em seguida consolidadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET) do Ministério da Saúde.

No SINAN é possível encontrar a Ficha de Investigação para Malária, a qual é utilizada em caso suspeito, de área considerada não endêmica. No campo de conclusão da Ficha encontram-se informações sobre o local provável da fonte de infecção. O objetivo deste campo consiste em identificar se o caso é autóctone (contraído pelo enfermo na zona de sua residência).

Tendo em vista a inquietação neste estudo quanto aos agravos notificados no Estado a Bahia, e seu indicador ausente no rol dos indicadores obrigatórios do Estado, pesquisou-se o número de casos confirmados de malária, de 2012 a 2017.

Tabela 8 - Casos de malária confirmados segundo ano da notificação (2012 a 2017), ocorrência BA, conforme preenchimento do local de infecção (autóctone)

Campo da ficha marcado autóctone nas notificações de casos confirmados	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Em Branco	5	17	37	15	20	13
Sim	4	1	1	2	4	-
Não	16	16	24	14	20	10
Indeterminado	1	2	2	3	1	1
Total	26	36	64	34	45	24

Fonte: SESAB/SINAN

A tabela 8 demonstra que o número de casos com registros Em Branco, merece atenção dos gestores uma vez que pode implicar na falta de qualificação dos

notificadores, e conseqüentemente, aumento dos casos com registros Sim. O campo Em Branco na ficha de investigação para casos de malária faz parte da etapa de conclusão da investigação. Neste momento, compete ao profissional responsável pela investigação do caso informar o local provável da fonte de infecção. Subnotificações nesse momento poderão impedir ações de prevenção *in locu*, conseqüentemente podendo elevar os futuros casos notificados e confirmados, ou até mesmo surtos.

Apesar do estudo estar delimitado ao período de 2012 a 2017, foi levantado alguns dados de janeiro a abril de 2018 (tabela 9), especificamente dos casos de malária na Bahia. Isso ocorreu pelo fato da pesquisa identificar uma elevação expressiva do número de casos de malária por autóctone, confirmados, por município residente, no Estado da Bahia em 2018, comparados ao período anterior estudado.

O que mais chama atenção na Ficha de Notificação é a quantidade de casos com a informação sobre o local provável da fonte de infecção Em Branco, o que deveria ter sido corrigido pelas respectivas vigilâncias municipais junto aos seus notificadores, a fim de se evitar um prejuízo na vigilância do evento.

Tabela 9 - Casos de malária por autóctone confirmado segundo mês da notificação 2018 (jan-abr.), BA, e campo autóctone preenchido

Campo da ficha marcado autóctone	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Em Branco	571	1057	329	45	2002
Sim	22	36	13	15	86
Não	3	3	1	-	7
Total	596	1096	343	60	2095

Fonte: SESAB/SINAN

Ao analisarmos os dados da tabela 9, e investigarmos os municípios do Estado da Bahia que apresentaram casos confirmados, identificamos quinze municípios, sendo a situação de Wenceslau Guimarães a que apresentou o maior número de registros, conforme quadro 3.

Quadro 3 - Número de casos de malária por autóctone confirmado por município residente e mês da notificação 2018 (jan-abr), por local de ocorrência, BA

Município Residência	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Camaçari	1	-	-	-	1
Gandu	3	1	2	-	6
Governador Mangabeira	1	-	-	-	1
Itabela	-	-	1	-	1
Itamari	1	-	-	-	1
Jacobina	-	2	-	-	2
Nilo Peçanha	1	-	-	-	1
Nova Ibiá	-	-	1	-	1
Porto Seguro	-	-	-	-	1
Presidente Tancredo Neves	2	-	-	1	3
Salvador	3	1	2	-	6
Teolândia	4	3	6	2	15
Valença	-	1	-	-	1
Wagner	-	1	-	-	1
Wenceslau Guimarães	579	1081	386	118	2183
Total	595	1090	398	121	2224

Fonte: SESAB/SINAN

Em janeiro de 2018 a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) enviou aos municípios um Alerta Epidemiológico (01/2018 DIVEP/SUVISA/SESAB), alegando que, em virtude de notificações de aglomerado de casos de malária, confirmados em residentes do município de Wenceslau Guimarães, a Diretora de Vigilância Epidemiológica da SESAB, alertava as equipes de saúde para redobram a atenção para o diagnóstico e tratamento oportunos desta doença (BAHIA, 2018).

Ao analisarmos esses mesmos quinze municípios, com relação ao registro da informação do local provável da fonte de infecção, na ficha de notificação, espanta a falta do preenchimento deste campo, como visto no Quadro 4, a seguir.

Quadro 4 - Número de casos de malária por autóctone notificados e confirmados por município residente, jan-abr 2018 (BA) por local provável da fonte de infecção

Município Residente	Em Branco	Sim	Não	Indeterminado	Total
Camaçari	1	-	-	-	1
Gandu	6	-	-	-	6
Governador Mangabeira	1	-	-	-	1
Itabela	1	-	-	-	1
Itamari	1	-	-	-	1
Jacobina	-	-	2	-	2
Nilo Peçanha	1	-	-	-	1
Nova Ibiá	1	-	-	-	1
Porto Seguro	1	-	-	-	1
Presidente Tancredo Neves	1	-	1	1	3
Salvador	5	-	1	-	6
Teolândia	14	-	1	-	15
Valença	1	-	-	-	1
Wagner	1	-	-	-	1
Wenceslau Guimarães	2084	98	1	-	2183
Total	2119	98	6	1	2224

Fonte: SESAB/SINAN

Dos quinze municípios acima, seis encontram-se na Região de Saúde de Valença. Sete dos quinze municípios estão na mesorregião Sul do Estado da Bahia, quatro na Leste, dois na Extremo Sul, um na Centro Leste e um na mesorregião Centro Norte, conforme quadro 5 a seguir.

Quadro 5 - Caracterização territorial e demográfica dos municípios com casos de malária por autóctone notificados e confirmados por município residente, jan-abr 2018, BA

Município Residente	Área (km ²)	População	Região de Saúde	Macrorregião
Camaçari	784.658	296.893	Camaçari	Leste
Gandu	229.631	33.234	Valença	Sul
Governador Mangabeira	106.848	21.495	Cruz das Almas	Leste
Itabela	924.926	31.422	Porto Seguro	Extremo Sul
Itamari	143.479	8.476	Ilhéus	Sul
Jacobina	2.192.906	83.635	Jacobina	Centro Norte
Nilo Peçanha	391.653	14.368	Valença	Sul
Nova Ibiá	203.198	6.986	Valença	Sul
Porto Seguro	2.287.085	149.324	Porto Seguro	Extremo Sul
Presidente Tancredo Neves	441.892	28.082	Santo Antônio de Jesus	Leste
Salvador	692.818	2.953.986	Salvador	Leste
Teolândia	289.600	15.357	Valença	Sul
Valença	1.124.657	98.749	Valença	Sul
Wagner	522.370	9.753	Itaberaba	Centro Leste
Wenceslau Guimarães	655.239	22.365	Valença	Sul
Total	10.990.960	3.774.125		

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização/SESAB

Considerando o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), último censo 2010, a população total do Estado da Bahia de 14.016.906 pessoas, os quinze municípios acima possuem cerca de 7,84% da população do Estado. No que diz respeito a área territorial, os quinze municípios com casos de Malária Autóctone de janeiro a abril de 2018 correspondem a aproximadamente 6,68% do território do Estado 564.732,450 km² (IBGE, 2010).

Ao calcularmos a taxa de incidência da malária nestes municípios, considerando os casos autóctones notificados e confirmados, apenas de janeiro a abril de 2018, tendo como base a população estimada utilizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) para o mesmo ano, para determinação das cotas do FPM, os municípios de Gandu, Itamari, Nova Ibiá, Presidente Tancredo Neves e Wagner despertam atenção para ações de controle da doença. No entanto, o município Teolândia, e mais ainda, Wenceslau Guimarães extrapolam os números entre os municípios do Estado da Bahia, sendo urgente a necessidade de ações de controle, conforme tabela a seguir.

Tabela 10 - Taxa de incidência de Malária por Autóctone notificados e confirmados por município residente, jan-abr 2018, BA

Município Residente	Número de casos	População estimada TCU	Taxa de incidência/1.000.000
Camaçari	1	293.723	3,40
Gandu	6	32.202	186,32
Governador Mangabeira	1	20.679	48,36
Itabela	1	30.413	32,88
Itamari	1	8.069	123,93
Jacobina	2	80.394	24,88
Nilo Peçanha	1	13.914	71,87
Nova Ibiá	1	6.631	150,81
Porto Seguro	1	146.625	6,82
Presidente Tancredo Neves	3	27.422	109,40
Salvador	6	2.857.329	2,10
Teolândia	15	14.860	1.009,42
Valença	1	95.858	10,43
Wagner	1	9.347	106,99
Wenceslau Guimarães	2183	21.228	102.835,88

Fonte: DATASUS/SINAN/SESAB

Não é interesse deste trabalho aprofundar as características de cada um desses municípios, principalmente demográficas e sociais. No entanto, é objeto sim chamar a atenção sobre a importância do monitoramento de um agravo na implementação de uma política pública.

3.2 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2012 A 2017

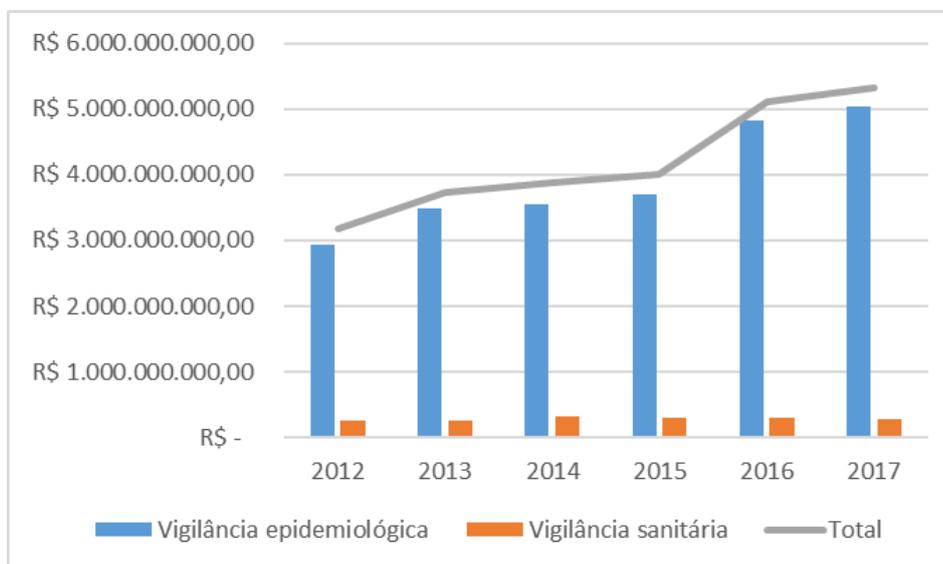
Considerando as mudanças ocorridas nos últimos anos no cenário político brasileiro, mudanças econômicas e fiscais conseqüentemente foram seguidas. E como sempre visto no Brasil, crises fiscais sempre levam a contenção de gastos públicos.

A partir da aprovação da Emenda Constitucional 95, em dezembro de 2016, também conhecida como “emenda do teto dos gastos públicos”, foi instituído um novo Regime Fiscal. Este passa a vigorar por vinte exercícios financeiros, a partir do ano de 2017, limitando os gastos e investimentos públicos. Para a educação e a saúde o ano-base será o ano de 2017, com aplicação do ajuste iniciado em 2018 (BRASIL, 2016a).

Segundo Mariano (2017), “[...] a medida se trata de uma tentativa das forças do capital, nacional e supranacional, para manter o Brasil no permanente Estado de Exceção Econômica”.

No entanto, no que se refere às despesas em ações e serviços de saúde relacionadas à subfunção Vigilância Epidemiológica, verificou-se que a União não reduziu suas despesas liquidadas no período aqui apresentado. O que não ocorreu com a subfunção Vigilância Sanitária, conforme figura 4 a seguir.

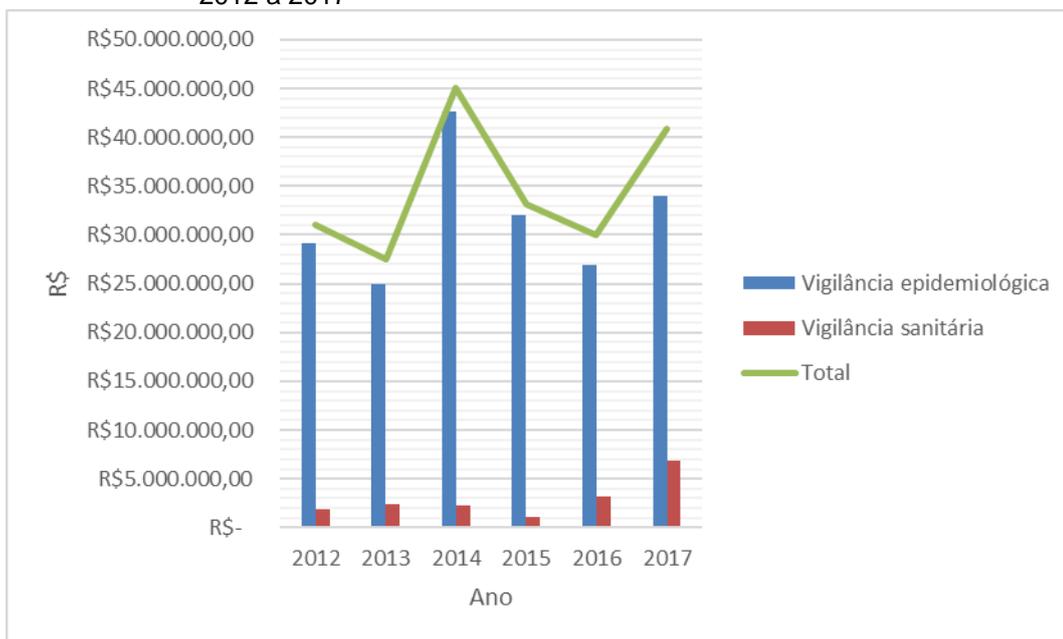
Figura 4 - Despesas liquidadas por subfunção Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Brasil, 2012 a 2017



Fonte: SIOPS/MS

Porém, ao analisarmos as despesas liquidadas com ações e serviços de saúde nas subfunções de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, pelo Estado da Bahia, percebe-se uma redução maior na primeira, nos anos de 2013 (ano de posse de novos prefeitos) e 2016 (ano de eleição de prefeitos), enquanto que na segunda a redução se dá em 2015 (ano de posse de governador). No total de despesas com as duas subfunções, caracterizando gastos em Vigilância em Saúde, é possível afirmar que 2014 e 2017 foram os anos com as maiores despesas liquidadas pela Bahia.

Figura 5 - Despesas liquidadas por subfunção Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Bahia, 2012 a 2017



Fonte: SIOPS/MS

Enquanto a União apresentou uma linha de crescimento com gastos de modo geral nos blocos de Vigilância em Saúde (Epidemiológica e Sanitária), a Bahia apresentou oscilação no período, inclusive dentro de um período considerado vigência para execução de um Plano Plurianual (PPA). Vale ressaltar que o ano de 2014 foi ano de eleição para Governo do Estado

4 DIREITO À SAÚDE: UMA POLÍTICA PÚBLICA E OS DESAFIOS DA GARANTIA

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), direitos humanos são direitos próprios a todos os seres humanos, livre da sua nacionalidade, endereço de residência, sexo, naturalidade, cor, religião, ou qualquer outra conjuntura. São direitos indivisíveis, que se relacionam, e são interdependentes. Estes, são estabelecidos e garantidos através de tratados internacionais, além de outras fontes de direito internacional (ONU, 2018).

O direito à saúde está amplamente normatizado entre os direitos próprios a todos seres humanos, inclusive no Brasil, garantido pela Carta Magna de 1988, conferindo ao Estado a responsabilidade em provê-lo. No entanto, vários fatores e situações dificultam a resposta do Estado, em dotar-se de políticas públicas que garantam a saúde como direito fundamental. Uma das mais importantes são as condições socioeconômicas da população.

No documento *Salud Universal em el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata* (OPAS, 2019), relata que, mesmo com o progresso nas últimas décadas em inovação e maior gasto público em saúde, prevalecem na maioria dos países das Américas condições de desigualdades e iniquidades em saúde, e considera como maior desafio o fim da pobreza e da pobreza extrema.

Conforme afirma o Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, no documento publicado com o título *Artigo 25: Direito a um padrão de vida adequado*, no site oficial da Organização das Nações Unidas: “Metade da população mundial está perdendo serviços essenciais de saúde, e 100 milhões são levados à pobreza a cada ano tentando pagar por eles. Isso é uma violação do direito humano à saúde.” (ONU, 2018).

Muito bem expresso na Carta Magna brasileira, reconhecido em vasta legislação do SUS, já discutido nesse trabalho, saúde é direito universal, que deve ser garantido pelo Estado através de políticas sociais e econômicas. Assim sendo, antes de adentrarmos na seara das políticas públicas, se faz importante um destaque ao Direito Sanitário. Este ramo do direito consiste em uma disciplina que trata das relações entre o sistema de justiça e o sistema sanitário – saúde (BRASIL, 2015a).

No entanto, se observa estranhamentos entre esses dois sistemas, uma vez que o sistema sanitário espera que o sistema judiciário não só conheça a política

pública, mas também busque protegê-la. Muitas reações do judiciário, à cerca do cumprimento do direito à saúde, na construção do SUS, são oriundas de direitos individuais, quando de fato as questões sociais, são demandas do Estado, que precisam serem fiscalizadas pelo Ministério Público.

No fortalecimento desse direito, vale aqui citarmos a interpretação do artigo 196 da CF, pelo Ministro Gilmar Mendes, na Suspensão de Tutela Antecipada (STA) 175 (BRASIL, 2015a, p. 16):

(1) direito de todos: [...] há um direito público subjetivo a políticas públicas que promovam, protejam e recuperem a saúde [...]

(2) dever do Estado: [...] para além do direito fundamental à saúde, há o dever fundamental de prestação de saúde por parte do Estado. [...] o objetivo de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre eles.

(3) garantido mediante políticas sociais e econômicas: [...] a necessidade de formulação de políticas públicas que concretizem o direito à saúde por meio de escolhas alocativas [...]

Após vários anos, permanece a discussão sobre o direito à saúde no âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF), como se referiu o ministro Edson Fachin (RONCHI, 2020):

[...] desde a realização da audiência pública em matéria de saúde e o julgamento da STA 175 passaram-se quase dez anos, em cujo lapso se inseriram diversos fenômenos correlatos à judicialização de prestações sanitárias, incluindo neste rol, a criação do Fórum Nacional de Saúde no âmbito do CNJ. Além disso, houve: I) aumento da judicialização em matéria da saúde; II) desestruturação do SUS; III) sobreposição ou ausência de cumprimento de decisão judicial.

Talvez esse cenário conflitante entre a garantia do direito à saúde e a efetividade na execução das políticas públicas de saúde no Brasil, encontrem correlação com a afirmação do Dr. Jorge Solla, no prefácio da obra intitulada Direitos Humanos e Saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos, em que ele retrata a percepção do SUS, intrinsecamente, como uma “arena” em contínua batalha, onde seus componentes realizam suas “apostas” rumo ao oportuno para os seus propósitos (OLIVEIRA *et al.*, 2017, p. 19).

Em Coutinho (2018, p 186), encontra-se uma crítica à reflexão de juristas: “[...] a respeito da dimensão jurídica da legitimidade, controle social e da participação nas políticas públicas no Brasil”. Ele chama a atenção sobre a pouca tematização por juristas, acadêmicos ou políticos, na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Permitem com isso, mecanismos de menos transparências, menor participação e menos mobilização de figuras expressivas.

Por outro lado, existem os juízes chamados “ativistas”, criticados por muitos, que podem incorrer no risco de piorar programas, que apesar de imperfeitos, foram originários de sérias discussões e trabalho árduo de especialistas (COUTINHO, 2018, p. 191).

E de forma crescente no país, estão as situações de judicialização na saúde, cujas demandas chegam, na sua maioria, através de processos individuais, principalmente de privilegiados com recursos para pagar um advogado, e seus desfechos quase sempre resultam em sentenças que implicam em algum tipo de detrimento de direitos e/ou bônus coletivos (MARQUES; FARIA, 2018).

Atuando na gestão em saúde pública por mais de dez anos, a pesquisadora pode aqui afirmar como verdadeiro todos os cenários referidos neste capítulo, tendo a falta ou ineficaz execução da política pública como sendo uma das principais responsáveis pelo crescimento da judicialização em saúde. Posso referir como exemplo, a judicialização para acesso aos leitos de UTI, onde presenciei sentenças cumpridas e outras não acatadas pelo ente público notificado.

Considerando que UTI consiste em um dos componentes (hospitalar) da Rede de Atenção às Urgências do MS, cuja Política Nacional foi instituída em 2003, este acesso já deveria estar efetivado no processo de garantia do direito constitucional à saúde há mais de dez anos (BRASIL, 2003). Porém, o que foi visto por todo esse período foi um investimento insuficiente na oferta de leitos de UTI, pela rede pública de saúde, que acabou por tomar proporções alarmantes quando, pela falta do planejamento, execução e avaliação da Política de Atenção às Urgências, o cenário de pandemia elevou essa necessidade, contribuindo deste modo para a elevação da mortalidade em decorrência da doença (covid19).

Entendo o direito como sendo universal, seja qual for a classe econômica e social de um indivíduo, porém, como demanda individual comprometendo um orçamento financeiro, não posso deixar de citar haver presenciado uma aplicação de sentença judicial para um ente público municipal, cuja determinação consistia no

fornecimento imediato de medicamento, não constante na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), a um cidadão, cujo valor correspondia aproximadamente ao orçamento utilizado para dois meses de dispensação gratuita de medicamentos básicos.

A discussão sobre a judicialização em saúde no fornecimento de medicamentos que ainda não foram aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC), segue há quase uma década no STF, e possui material suficiente para várias dissertações de mestrado. Contudo, apesar de todos os conflitos entre o sistema sanitário e o de justiça, é graças a ação deste que muitos direitos ainda são garantidos no Brasil. Como exemplo, não se pode aqui deixar de destacar a importância atribuída ao setor judiciário, em especial ao Ministério Público, na garantia de direitos a medicamentos e serviços de saúde, essenciais para a garantia da vida, a muitos portadores de doenças raras, em virtude da ausência de políticas públicas de saúde específicas à essa população. O mérito dessas sentenças é, quase que na sua totalidade, de coletivos organizados, como por exemplo associação de pais de portadores de doenças raras, que se reúnem em prol da causa e conseguem sensibilizar as instâncias judiciais. No entanto, percorrem longos caminhos, que podem ceifar a vida precocemente dos seus entes, acometidos da doença, antes que a sentença seja aplicada e cumprida.

Oliveira *et al.* (2017, p. 21) traz a discussão sobre “[...] ferramentas de investigação para avaliar a supressão de direitos na saúde das populações [...]”. Para ela essas ferramentas seriam leis repressivas, dissenso social, violências de gênero, raça e etnia, entre outras. A violação dos direitos humanos pode ocorrer na promoção ou na omissão de políticas públicas de saúde. Por isso as políticas públicas precisam ter abordagem com base nesses direitos, de modo que suas ações e serviços públicos girem em torno de uma crescente evolução no desfrute de todos, em geral, pelo direito à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: CONCEPÇÃO E FRAGILIDADES DA UNIVERSALIDADE

A literatura traz várias definições de políticas públicas. Neste trabalho utilizamos o conceito de que políticas públicas se constituem no “[...] conjunto de

ações implementadas pelo Estado e pelas autoridades governamentais em um sentido amplo.” (MARQUES, 2018, p. 24).

Conforme Lowi (1964 *apud* MARQUES, 2018, p. 29), segundo formato, as políticas públicas são classificadas em:

- a) políticas constitutivas: relacionadas à formulação e à modificação dos próprios preceitos, com propriedades muito específicas pelo seu poder sobre o processo de distribuição de recursos no longo prazo;
- b) políticas regulatórias: criadas para a atuação do Estado, através das normas, no controle de atividades produzidas por outros setores;
- c) políticas distributivas: englobam recursos não limitados, a qual a distribuição não implica em soma negativa, de modo a não trazer grandes conflitos;
- d) políticas redistributivas: englobam divisão de recursos definidos, em que os conflitos são mais presentes, tendo em vista que alguém perde ou deixa de ganhar para benefício de um outro.

Deste modo, o tipo de política, conforme sua estrutura e efeitos, costuma impactar no cenário político vigente. Marques e Faria (2018) referem-se às decisões em política, sob a análise não somente do que se decide, mas também do que não se decide. Trazendo assim, o estudo da política sob a ênfase, também, do que não se discute, ou não se executa em um governo.

“A recuperação pelo neoinstitucionalismo de uma visão weberiana de Estado trouxe a dinâmica política para o seu interior, destacando a autonomia dos atores estatais em relação à sociedade circundante.” (MARQUES, 2018, p. 38).

Observa-se uma autonomia correspondente a um insulamento, onde agentes se agregam em prol de interesses e recursos de poder em comum. Estes agentes criam suas agendas, em ambientes próprios, que condizem com ideias, muitas vezes históricas daquele Estado e suas instituições políticas. Envoltos e apoiados por atores do poder, avançam na mobilização de atores da sociedade (MARQUES, 2018).

No processo de governança se observa uma relação conflituosa entre o direito (linguagem imperativa) e a política pública (linguagem de possibilidades). Em paralelo ao cenário, o controle social acrescenta a figura da autoridade coletiva, independente e externa. O direito não espera a possibilidade, o orçamento, ele apenas e simplesmente obriga o respeito, o cumprimento. Todavia, o que se constata após ampla pesquisa literária, é que os governos neoliberais, voltados à ideia de mercado,

cujo foco central é o lucro, mascaram processos de avaliação de políticas públicas, onde no resultado final haveria a supressão de direitos (MARQUES; FARIA, 2018).

Ao tentar entender a política pública de saúde no Brasil, materializada pelo SUS, com sua fundamentação na universalidade, não se pode deixar de comentar a forte discussão internacional referente a divergentes conceitos de “[...] universalidade em saúde, polarizado nas propostas de sistema universal (universal health system – UHS) versus cobertura universal em saúde (universal health coverage – UHC).” (GIOVANELLA *et al.*, 2018, p. 1.764).

A Organização das Nações Unidas (ONU) tem incorporado em suas resoluções as definições de cobertura universal disseminadas pelo Banco Mundial (BM) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Mas o conceito da universalidade na ideia de UHC, nos países europeus, remete à cobertura pública de sistemas nacionais. Nos países em desenvolvimento se refere à cobertura por serviços básicos, ou de seguros de saúde, sejam públicos ou privados (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

O Brasil é o único país capitalista da América Latina que possui um modelo de sistema público universal, a pesar de diversas propostas nos demais países da região para o alcance da universalidade, tendo em vista os divergentes entendimentos entre direito à saúde e a função do Estado. Outros países latino-americanos incorporaram princípios de cobertura universal, perante métodos distintos (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Dentro de uma estrutura política-institucional, composta por um arcabouço legal, planos e projetos, o Brasil sustenta um grande sistema, materializado nos departamentos, instituições, programas, enfim, o Sistema Único de Saúde.

O SUS é a consolidação e o reconhecimento formal do direito à saúde, expresso no âmbito da coletividade. Porém, as limitações nas suas bases sociais e políticas, desprovidas de apoio partidário, bem como dos próprios trabalhadores organizados, diferente dos países europeus, tem direcionado o Sistema Único de Saúde aos valores dominantes na sociedade brasileira: diferenciação e individualismo (PAIM, 2018).

A cobertura universal passou a fazer parte da Agenda 2030, como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a partir do aumento das discussões sobre o tema no âmbito internacional, em 2015. A meta 3.8 do ODS 3 “Saúde e Bem-estar” é:

Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos. (GIOVANELLA *et al.*, 2018, p. 1.765).

Neste momento (em 2017), o Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde definiram indicadores fundamentados em proteção financeira para monitorar a meta 3.8 e acompanhar o avanço da cobertura. Indicadores que visam o acesso aos serviços de saúde para todos, sem dificuldades financeiras. Ou seja, “cobertura” nesse caso é sinônimo de titularidade financeira (seguro saúde). Realidade há muito interpretada como redução do papel do Estado, limitando-o na regulação do sistema de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

O UHS tem seu financiamento oriundo dos fundos públicos, secundários a receitas de arrecadação de impostos e contribuições sociais. Esse modelo não restringe o acesso à posição financeira, ressaltando o caráter universal e a condição de cidadania plena (GIOVANELLA *et al.*, 2018). A Inglaterra é um exemplo de país com acesso universal à saúde, com seu Serviço Nacional de Saúde (National Health Service – NHS), porém com a condição de cidadania. Um serviço com financiamento predominantemente público fiscal (68% recursos fiscais; 15% contribuições sociais), que abrange uma cobertura populacional de 100% dos cidadãos e residentes habituais (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

O trabalho de Giovanella *et al.* (2018) intitulado Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias, mostra riscos em modelos de saúde com cobertura por meio de seguros, cujos resultados cristalizam desigualdades e ferem o direito universal à saúde.

Na busca de ajustes fiscais, a equipe econômica e o governo, acabam realizando alianças com o poder legislativo, que por sua vez, visa redução de gastos com investimentos públicos e sociais, porém eleva despesas de cunho político-eleitoral (FREY, 2000).

Um exemplo dessa relação de trocas e negociatas foi observado na fase de aprovação da reforma previdenciária no Brasil, em 2019. Momento este onde os parlamentares distribuíram (indicaram) emendas aos fundos de saúde.

No Brasil, apesar dos ataques e riscos de desmonte das políticas públicas implantadas e enraizadas, o Sistema Único de Saúde permanece resistindo como uma resposta concebida de cidadania plena, embora distante do igualitário, onde um

dos maiores desafios consiste no alcance da sonhada universalidade, um dos seus princípios mais difíceis em tempos tão desiguais, em prol da manutenção de uma imagem de que saúde é direito de todos.

4.2 AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: INCIPIÊNCIAS E TENDÊNCIAS EM PROL DE RESULTADOS

Partindo para o campo da análise, as políticas públicas envolvem, como objeto, as causas do problema, bem como o resultado planejado com a sua atuação (MARQUES; FARIA, 2018).

No trabalho de Frey (2000) sobre a ciência política, se observa que os Estados Unidos já pesquisam esse tema desde início dos anos 1950. Na Europa o tema se fortaleceu no início de década de 70. Porém no Brasil, os estudos sobre esse tema são recentes. Essa análise de políticas públicas se consiste na investigação sobre o que um determinado político produz. Ou seja, avaliar as suas estratégias para solucionar problemas específicos.

No sentido estrito da palavra, trazido por Holanda (2003, p. 29), avaliar consiste em: “determinar o mérito e a propriedade de um projeto de investimento ou de um programa social, geralmente financiado por recursos públicos e voltado para resolver um determinado problema econômico ou social”.

Frey (2000) considera a avaliação de políticas públicas como sendo a fase de mensuração dos seus efeitos, com aferição das suas consequências e impactos. Seria aqui a análise do alcance dos objetivos propostos nos programas implantados, para a sua conclusão, início de um novo ciclo, ou suspensão. Para Frey (2000), as constantes mudanças de forças políticas consistem em considerável componente dificultador no processo de avaliação das políticas públicas, principalmente se levando em consideração o período dinâmico pelo qual tem passado o Brasil nos últimos anos.

Na análise da política pública os processos de conflito e colisão são percebíveis, onde os membros das instituições interessadas desenvolvem “laços de solidariedade”, em prol de recursos minguados, no intuito de avolumarem um montante mais elevado, que supram seus respectivos setores (FREY, 2000).

Segundo Holanda (2003), o processo de avaliação de políticas públicas sempre foi negligenciado no Brasil, sendo mais valorizada as etapas de formulação e elaboração de projetos.

Assim como a Constituição Federal de 1988, uma vasta legislação sanitária normatiza ferramentas do planejamento (Plano Plurianual integrado com programação orçamentária, além dos relatórios de execução e sistemas de controle interno). Estes dois últimos contemplam a etapa de avaliação dos programas governamentais, porém existem falhas nos processos executados pelos Entes Federativos. Para saná-las os Ministérios tem buscado desenvolver experiências de avaliação (HOLANDA, 2003).

No entanto, Holanda (2003) considera esses mecanismos insuficientes, de modo a afirmar que o Brasil precisa “aumentar sua eficiência e efetividade”, e que isso só se efetivaria com a institucionalização de processos de avaliação de programas e projetos.

Conforme Vedung (2010 *apud* FONSECA; MENDONÇA, 2014), a gestão pública sofreu uma metamorfose nos métodos de validação de suas políticas e programas. Em certa época a aceitação de propostas políticas se ordenava baseada na pesquisa de concordância da relação entre propósitos, ações, financiamento e da retórica de sustentação. Essa condição permitiu um ambiente favorável à validação com base no alcance de resultados, difundindo a conhecida gestão por resultados.

Situações de relevância que marcaram um período, que nos Estados Unidos vão até os anos de 1930, foram as relações de dominar o trabalho e produzir eficiência, embasadas nas teorias da administração científica do trabalho de Taylor e Fayol. Para contribuir na avaliação dos processos eram criados instrumentos e medidas (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Ainda na década de 1930 surgiram instituições com essa influência no Brasil. No entanto, o marco no planejamento veio com a criação do Departamento de Administração do Serviço Público (Dasp). Um planejamento voltado a área econômica, cujo tema central era a intervenção do Estado. Porém, no Brasil, nesse planejamento não constava a fase da avaliação. Só na década de 1990, com a incorporação das tecnologias de informática, através dos sistemas de informação, a avaliação passa ser vista de forma acentuada. Ocorre nesse período um fortalecimento de um modelo de gestão gerencial, onde avaliação se relaciona com eficácia voltada ao processo custo-benefício, em prol da economia dos gastos

públicos. Nesse âmbito o Estado atua como agente regulador, ao invés de diretamente (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Essa relação traz problemas quando se refere a serviços de saúde, uma vez que não se encontra embutido na concepção das escolhas individuais, e sim na identificação da cidadania como parte essencial para a democracia (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

No cenário mundial a avaliação já está inserida como componente da política pública em países da União Europeia, nos Estados Unidos, Canadá e Austrália, de maneira profissionalizada (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

No Brasil os departamentos do Estado assumem diversos métodos que possuem como base oferecer subsídios para consolidar o avanço do Sistema Único de Saúde (como identificado na ampla legislação sanitária).

Conforme afirma Albuquerque e Martins (2017), a relação de indicadores de desempenho do Sistema Único de Saúde abriu espaços vazios no processo de avaliação. Eles destacam que, mundialmente se reconhecem que, reduções estão relacionadas a sérios transtornos financeiros e sociais, resultando em danos para os usuários do sistema.

Albuquerque e Martins (2017, p. 130) destacam:

Ausência de avaliação, de monitoramento contínuo de aspectos relacionados ao Respeito aos Direitos de Pessoas, à Aceitabilidade e à Continuidade do cuidado que traduzem questões e nós críticos frequentemente debatidos pelos gestores do SUS, membros dos Conselhos de Saúde e preocupação de profissionais de saúde e pacientes.

Campos (2018) considera primordial conceber o Sistema Único de Saúde como política pública, desconsiderando a possibilidade de conceito de eficiência ser mensurado através de estratégias oriundas do “economicismo”. Tal conduta desconsidera a construção de indicadores, análise e supostas soluções sugeridas, desprezando o direito à saúde. A afirmação de Campos (2018, p. 1.709) “Nos últimos anos, há como que um conformismo ao desmonte do SUS”, exprime uma passividade das instâncias deliberativas e de controle, vista nos resultados demonstrados ao longo desse trabalho. Ele ressalta a posição dos gestores do SUS, cada vez mais políticos partidários, e menos próximos das necessidades de saúde.

Cortes (2018, p. 53) cita Foucault quando relata que, para as políticas públicas a “genealogia do poder/saber” é a etapa mais relevante, uma vez que o poder

age “[...] explicitamente sobre os corpos dos indivíduos, disciplinando práticas de ser e maneiras de compreender os outros”.

Infelizmente, muitos cidadãos desconhecem as políticas públicas e seus verdadeiros direitos, de modo a visualizar a saúde como bem de consumo, ao invés de um direito social (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

4.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM POTENCIAL A SER ACLAMADO

Segundo Bohoslavsky (2018), políticas de reformas econômicas causam impactos nos direitos humanos, por isso, a avaliação desses impactos precisa ser realizada, segundo as necessidades específicas governamentais, órgãos consultivos, comitês parlamentares, instituições nacionais, de direitos humanos, instituições acadêmicas ou sociedade civil.

A participação social precisa se fazer presente nas políticas públicas, em todas as suas fases. Não se expressa presença apenas física em plenárias ou reuniões deliberativas consensuadas. Mas presença efetiva, discursiva democraticamente, com propriedade e autoridade (sem autoritarismo). A ação coletiva de integrantes de classes menos favorecidas, elevando sua participação na interferência política democrática, é capaz de proporcionar direitos, democracia e redução de desigualdades sociais (MARQUES; FARIA, 2018).

A Organização Pan-Americana da Saúde recomenda, além de outras ações, que os países precisam gerar mecanismos de participação social, que promovam a participação de representatividades. Afirma que a participação social real, diversificada, permite a garantia do exercício pleno do direito à saúde (OPS, 2019).

A participação social como um aprofundamento da democracia participativa e empoderamento da população para intervir nas situações que interferem na saúde, nos diversos fatores. Essa participação é imprescindível nos países com sistemas de saúde com caráter universal, tendo em vista que, o acesso à saúde sempre perpassa, nesses países, por constantes mudanças institucionais, as quais promovem conflitos na busca de recursos e de poder. A participação social torna-se condição indispensável para a efetivação democrática do direito à saúde (OPS, 2019).

A Organização das Nações Unidas entende que a liberdade de expressão, junto a associação e reunião pacífica, assim como o direito de envolver-se em temas

públicos, constituem direitos humanos, que possibilitam aos indivíduos, entre outras coisas, exigir esses direitos. A partir dessa postura, torna-se possível a constituição de uma sociedade democrática (ONU, 2014).

Uma das principais organizações das Nações Unidas é composta por um grupo denominado Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACDH). Este grupo compõe a principal organização das Nações Unidas voltada ao trabalho das questões de promoção e proteção dos direitos humanos. Suas ações são planejadas e executadas em consonância com outras entidades (agências especializadas, fundos e programas da ONU). Um dos trabalhos construído por este grupo foi o Guia prático para a sociedade civil: o campo de ação da sociedade civil e o sistema das nações unidas (ONU, 2014).

O Guia prático para a sociedade civil, da ONU (2014, p. 3), define sociedade civil como:

Indivíduos e grupos que se mobilizam voluntariamente, sob a forma de ações e participações públicas, em torno de interesses, objetivos ou valores partilhados que sejam compatíveis com os objetivos das Nações Unidas: a manutenção da paz e da segurança, a realização do desenvolvimento e a promoção e respeito dos direitos humanos.

Chamados de atores da sociedade civil, essas pessoas desenvolvem um importante papel na conscientização de um coletivo sobre os seus direitos, bem como, promovem ideias nas coletividades, incentivam estratégias, interveem nas políticas e nas leis. Enfim, ofertam serviços de intermediação entre as necessidades e anseios de um coletivo e as entidades governamentais, principalmente para povos em riscos e os mais vulneráveis, em prol da construção e/ou fortalecimento das políticas públicas (ONU, 2014).

Podem ser considerados atores da sociedade civil pessoas ou grupos organizados, como ativistas, organizações não-governamentais, associações, grupos comunitários, entidades religiosas, federações, sindicatos, conselhos de classe de categorias profissionais regulamentadas por lei, entre outros, cujo objetivo constitua a resolução de problemas coletivos (ONU, 2014).

Para a ONU (2014), existem dois importantes grupos e desafios para a sociedade civil, que podem afastar as pessoas desse importante papel na construção da democracia e efetivação dos direitos:

- Jurídicos: limitações à liberdade e à independência;

- Extra-jurídicos: assédio, intimidações, represália.

A legislação pode delimitar e/ou reprimir a liberdade e a independência dos componentes da sociedade civil de várias formas, como por exemplo: exigência de documentos fiscais que não lhes tragam benefícios; limitação de atividades que seriam possíveis a execução; limitação de investimentos, entre outras (ONU, 2014).

Além desses fatores, modelos de gestão extremamente burocráticos, onde os processos administrativos se arrastam vários períodos de tempo, assim como severas exigências, são outros percalços da participação da sociedade civil (ONU, 2014).

Enquanto as ações da ONU para os Direitos Humanos amparam-se na cooperação dos atores da sociedade civil, no Brasil, o Sistema Único de Saúde tem na sua fundamentação legal, amparo da participação da sociedade civil através das instâncias colegiadas: Conferências de Saúde e Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b).

A Conferência de Saúde é um movimento organizado, que ocorre de quatro em quatro anos, com representação de diversos segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e tencionar as diretrizes para a formulação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 1990b).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, considerada um marco para a história da saúde pública, no Brasil, foi estimulada por um movimento importante, composto por atores da sociedade civil, chamado Movimento da Reforma Sanitária (PASCHOALOTTO, 2019). Este movimento formado por congressistas, acadêmicos, trabalhadores da saúde e entidades diversas, como associações de categorias profissionais, teve papel fundamental na formulação de diretrizes, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

Conforme o artigo 2º da Lei nº 8.142, de 1990, o Conselho de Saúde, compõe um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Deve agir na formulação das estratégias e no controle da execução das políticas de saúde na esfera correspondente (BRASIL, 1990b). Os Conselhos de Saúde são responsáveis por aprovarem, na etapa do planejamento e formulação, as ferramentas da gestão (PPA e PAS), supervisionarem a execução das ações e serviços públicos de saúde, bem como aprovarem (ou não) o instrumento de avaliação da execução anual da política pública de saúde: o Relatório Anual de Gestão (RAG).

As Conferências de Saúde continuam a acontecer, e os Conselhos de Saúde também continuam a serem constituídos e a se reunirem, nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal).

Mas o fortalecimento dessas instâncias sofreu mudanças, a cada governo. De modo que, apesar dos espaços existirem, observam-se atitudes de caráter estritamente institucional, e uma coerência desses controles nos processos (falhos) de avaliação das políticas públicas de saúde.

5 CONCLUSÃO

O estudo aqui apresentado demonstra que, tanto a expansão em 2013, quanto a redução expressiva a partir de 2016, ocorreram de modo consensual entre os atores que a elegem (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestora Tripartite), sem apresentação de justificativas, expressando um período de sazonalidade nos indicadores de avaliação de políticas públicas de saúde. Conseqüentemente, o instrumento de relevância para o planejamento e avaliação da política de saúde no Brasil passou a apresentar fragilidades, tendo como um dos impactos observados, a ausência de mensuração da população assistida quanto ao acesso à Atenção Básica de forma efetiva e humanizada, bem como uma influência negativa no real monitoramento de agravos de saúde pública, implicando em prejuízo qualitativo no planejamento e na avaliação da gestão em saúde.

A efetividade de um indicador não está relacionada com o seu caráter (universal ou específico), mas sim na sua capacidade de demonstrar o objetivo proposto. Desta forma, foi constatado que a aferição da qualidade da avaliação se faz necessária na escolha do indicador, uma vez que este expressa uma medida qualitativa, que permite a análise dos processos de trabalho. Neste caso, das ações e dos serviços que compõem as políticas de saúde. Esta avaliação ocorre através dos atributos vinculados, que lhe conferem valor.

Neste contexto, a pesquisa demonstrou que os indicadores de acesso à Atenção Básica, no período de 2012 a 2015, não contemplavam uma avaliação efetiva desse acesso, contemplando falta de abrangência, integralidade, objetividade, universalidade, entre outros atributos de qualidade que compete a um indicador. A partir de 2016, com a redução dos indicadores, a diretriz que contempla a Atenção Básica perdeu mais ainda quanto à efetividade do seu alcance, em virtude dos indicadores que permaneceram para o período, expressarem apenas resultados quantitativos, sem avaliação da qualidade da oferta de serviços, com público restrito ao sexo, faixa etária e condição socioeconômica, com prejuízos na sua inserção para o alcance dos demais componentes da Rede de Atenção à Saúde. Percebe-se inclusive nessa avaliação quantitativa da política de saúde, em especial do acesso à atenção básica, que ela considera como cobertura da atenção básica um cadastro de profissionais médicos no sistema de estabelecimentos de saúde, pairando então um certo questionamento: esses profissionais assistiram a todos os grupos

populacionais? Incluíram-se aí a população privada de liberdade? Em algum momento colocou-se como obrigatoriedade dos entes a avaliação do acesso desse grupo (como de outros vulneráveis) aos serviços da atenção básica de saúde?

Partindo dessa forma de avaliação em saúde, baseada em metas quantitativas, utilizando como parâmetro de ente federativo o Estado da Bahia, confirmou-se a hipótese que os atuais indicadores estabelecidos pela CIT, para avaliar a qualidade do acesso à Atenção Básica não expressam a diretriz a que se propõe, sendo insuficientes para mensurar a efetividade desse acesso, assim como escondem a verdadeira condição do direito ao acesso da população aos serviços ofertados nesse nível de atenção à saúde.

O Estado da Bahia, de modo geral, a cada aumento no quantitativo de metas elencadas por parte do Ministério da Saúde, apresentou maior distanciamento no alcance dos resultados pactuados. Quanto à efetivação do acesso da população às ações e serviços da Atenção Básica, no período avaliado, a Bahia ultrapassou 50% apenas no ano de 2014, e alcançou 100% em 2017. Vale ressaltar que neste ano foram pactuados apenas três indicadores, os quais este estudo não considera suficientemente efetivos para os fins da avaliação aqui proposta. Ou seja, a redução de modo geral no quantitativo favoreceu a mitigação de um quadro deficitário de assistência à saúde.

Do mesmo modo, a redução no monitoramento de agravos importantes em saúde pública implicou na ausência de redução da mortalidade de várias doenças, assim como na elevação de internamentos de tantas outras mais. A falta da obrigatoriedade de monitoramento de alguns indicadores leva a surtos de doenças que poderiam ser controladas. Observou-se uma relação entre a redução de indicadores a partir de 2016 com uma política pública em declínio, uma vez que foi percebido na pesquisa algumas situações como, desabastecimento de imunobiológicos (competência da União), implicando em prejuízo no alcance de metas de imunização, derivando posteriormente exclusão de indicador, como ocorreu com relação à vacinação antirrábica, por exemplo.

No que diz respeito à avaliação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, os indicadores suprimidos nos últimos anos, ou não considerados de pactuação obrigatória, expressam um perfil epidemiológico preocupante, tendo em vista que os mesmos expressam o monitoramento do país de várias doenças consideradas como

negligenciadas pela Organização Mundial de Saúde, que não demonstraram redução significativa no número de registros ocorridos, exigindo execução de ações de saúde pública de forma contínua na redução do agravo, bem como na prevenção de surtos ou epidemias.

Para que se possa estimar a efetividade das ações de vigilância e promoção da saúde, é indispensável a construção de evidências. A falta do registro ou indicador limita a avaliação da política pública de saúde, possibilitando riscos à saúde pública, como surtos, epidemias, entre outros agravos. A realidade observada retrata a fragilidade do poder público em prover políticas que garantam a saúde como direito humano fundamental. Neste cenário de omissão de resultados (indicadores) é explícito o não cumprimento de recomendações sanitárias, legalmente divulgadas, que tange à responsabilidade do ente público na divulgação de seus indicadores, principalmente os de óbitos¹.

Nesse contexto se percebeu uma mitigação quanto ao controle ou redução de algumas doenças negligenciadas, agravos como violência, e outras doenças de notificação compulsória imediata, como tracoma, sendo excluído ao invés de se criar políticas que busquem investir em capacitação de profissionais; como a tuberculose, por externar a realidade socioeconômica em diagnósticos de saúde pública. E assim foram excluídos muitos outros, do elenco de 2015, como o que avaliava a saúde mental, a quantidade e acesso a leitos de UTI, a ampliação do serviço de atendimento às urgências (SAMU, 192), enfim, todo um conjunto de indicadores importantes na avaliação das políticas públicas que compõem o Sistema Único de Saúde. Como se nunca, jamais, surtos, endemias, ou até mesmo pandemias possam assolar todo um cenário, tomando proporções até de âmbito mundial, onde milhares de vidas possam ser ceifadas, e muitas delas simplesmente por não ter viaturas do SAMU 192 em quantidades suficientes para atender à demanda, e/ou pelo fato de não se ter investido previamente em cobertura adequada de leitos de UTI em todas as regiões do país.

Importante também aqui destacar que, a divisão ocorrida em 2013, estabelecendo indicadores de caráter universal e de caráter específico, deixando estes a critério dos Estados a escolha de suas pactuações, ou não, causou prejuízo na avaliação da execução das políticas de saúde, do Estado da Bahia. A não

¹ Um exemplo atual, se deu ao fato de que, em pleno cenário de pandemia, o Ministério da Saúde excluiu do Painel de Informações da COVID-19, o número acumulado de mortes decorrentes da doença, passando a ser questionado pelo Ministério Público Federal sobre tal ato (BRASIL, 2020).

obrigatoriedade de pactuar, e conseqüentemente buscar alcançar sua meta proposta, proporcionou ao Estado da Bahia uma falta na ferramenta de avaliação de políticas importantes, como na redução da mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (MIF), e na redução do número de óbitos por dengue. Não se pode afirmar existem políticas públicas efetivas de assistência à mulher sem avaliar a mortalidade de MIF. Como também não se reduz surtos de arboviroses e óbitos por dengue se não há mensuração dos trabalhos em campo no combate às infestações.

A situação do Estado da Bahia em 2018, somente nos primeiros quatro meses já expressava um alerta para a situação de Vigilância à Saúde com relação ao IPA de malária, uma vez que o número de casos extrapolava os anos analisados entre 2012 a 2017. A situação descrita exige monitoramento e medidas de contenção, além da sensibilidade dos técnicos notificadores sobre a importância dos campos a serem preenchidos na ficha de notificação, chamando atenção para a precariedade na qualificação da mão de obra na sensibilização e responsabilidade quanto aos registros de agravos. Também desperta uma reanálise da classificação desse indicador como necessário ou não a ser pactuado pelo Estado da Bahia, no sentido de se prevenir danos à saúde pública. Daí se comprova mais uma vez a contrariedade do caráter específico do indicador.

Observou-se também que a proporção de metas pactuadas e alcançadas não está relacionada à despesa liquidada. O que se identificou foi uma elevação nas despesas liquidadas em subfunções importantes (atenção básica, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica), que não implicaram em evolução na melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade, sugerindo uma gestão financeira que não prioriza dados epidemiológicos, resultados de indicadores de morbidade e mortalidade, onde nem sempre a política de governo seja derivada ou atrelada a uma política de Estado. Além disso, os dados sugerem uma precariedade nos processos de controles e de fiscalização dos gastos públicos em saúde. Torna-se viável um estudo mais aprofundado no que contempla a execução financeira das ações e serviços de saúde, na União e no Estado da Bahia (por ser este o ente em análise), bem como um estudo dos obstáculos ou desafios identificados pelos gestores de saúde no alcance das suas metas pactuadas para o ano. Como muitas vezes citado pelo oncologista Dr. Dráuzio Varela, existe uma má gestão no financiamento da saúde.

No quinto seminário do ciclo “Eleições 2018 – Proposta para o Brasil”, Dráuzio reforçou considerar fundamental o fortalecimento da atenção básica, assim como traz fortemente a afirmação de saúde como um dever do cidadão, ao invés do simples direito constitucional, onde não basta ter dinheiro para provê-la, mas sim é preciso que se tenha organização. Trouxe para o debate a crítica da nomeação de gestores de saúde por simples critérios políticos. E o mais atual dessa fala para o cenário presente: “ A ideia de esperar que a pessoa fique doente para ser tratada tem que mudar” (IEA, 2018).

Portanto, no Brasil, a descontinuidade de vários indicadores de saúde alcançou quantidade expressiva a partir do ano de 2016, implicando em prejuízo da construção do perfil epidemiológico da população. A não obrigatoriedade de monitorar indicadores de saúde, a falta dos registros de principais indicadores de morbidade e mortalidade, implica em situações oriundas de ações incipientes de saúde que, por conseguinte implicam em danos graves de saúde pública. Além disso, os indicadores de saúde utilizados na fase de avaliação das políticas públicas de saúde estão centrados nos estudos quantitativos, prejudicando a avaliação da qualidade da assistência prestada. Conforme o tipo e atributos característicos dos atuais indicadores, a avaliação não adquire seus objetivos propostos no período estudado, com consequente prejuízo na mensuração da situação de saúde da população.

Atrelado à ausência, os sistemas de informações do Ministério da Saúde demonstram pouca comunicação entre si, deixando lacunas no monitoramento das metas pactuadas e/ou alcançadas por alguns entes. Observou-se mais de um sistema para informações de mesmos registros, que não se interligam. Ausência de regularidade mensal dos registros, e até mesmo anual, na alimentação dos resultados nos sistemas de indicadores importantes no perfil epidemiológico da população.

O estudo demonstra que tanto os direitos sociais como a democracia sofreram vários golpes nos últimos tempos, não só no Brasil, como em vários países do mundo, na tentativa de se reduzir a responsabilidade governamental desses direitos, bem como de se abreviar a participação popular na construção e efetivação das políticas públicas, nesse estudo especificamente, das políticas de saúde.

As instâncias de controle e a sociedade civil precisam apresentar maior efetividade na etapa de avaliação das políticas públicas. A participação social não pode assumir o papel de componente decorativo nas tribunas e plenárias, pura e simplesmente, com poderes e decisões limitados às instâncias dominantes. As crises

na saúde envolvem crises econômicas, e vice-versa, que impactam a dignidade e os direitos humanos².

Deste modo, o estudo sugere que a academia insira, nos seus conteúdos programáticos dos cursos de direito, estudos voltados às fases das políticas públicas e mecanismos jurídicos que as relacionem com a efetividade do direito; que as instâncias gestoras e de controle reafirmem seu papel não somente na elaboração, contudo na avaliação das políticas de saúde, principalmente revisando o atual elenco de indicadores, levando em consideração os dados de morbidade e mortalidade, fortalecendo a vigilância dos eventos e o acesso universal ao SUS, em prol da efetivação da atenção básica como principal porta de entrada do SUS e encaminhador aos demais níveis da RAS, com vistas a fortalecer a democracia, a universalidade nas ações e serviços de saúde e as políticas públicas de saúde dos entes federativos; e que seja efetivado um modelo de política pública de saúde que possibilite ao Estado cumprir sua responsabilidade inquestionável de garantir o direito à saúde como direito fundamental.

Ou seja, que o Ministério Público, Controladoria Externa, e Legislativo façam cumprir a etapa de avaliação da política de saúde, nos seus atos fiscalizatórios, e que os órgãos executores de saúde pública formulem um elenco de indicadores abrangente, com diretrizes, objetivos e metas que contemplem não somente uma avaliação quantitativa, mas acima de tudo, uma avaliação qualitativa de toda a RAS, inclusive da capacidade instalada, resolutividade dos serviços, população assistida, com ênfase aos grupos de maior vulnerabilidade, perpassando inclusive pela execução financeira.

Portanto, é necessário o empoderamento de coletivos organizados, que direcionem esforços em prol de minorias, junto às instâncias de poderes mais elevados, para que o poder público materialize a democracia de fato e de direito, em prol de um Sistema Único de Saúde universal, integral e equânime. Nesse caso, o estudo propõe que os Conselhos de Saúde elaborem (sozinhos ou em conjunto com o legislativo e o judiciário) e institucionalizem uma ferramenta específica para avaliação das políticas públicas de saúde, baseado em indicadores, com aplicação

² Como afirmou a Comissária da ONU, Michelle Bachelet, em 06 de março de 2020, em resposta ao novo coronavírus: “Pero es preciso que la dignidade y los derechos humanos sean los pilares fundamentales de esse esfuerzo e no uma consideración accessoria.” (ONU, 2020).

semestral, cujos resultados deverão ser publicados em meios oficiais, dando transparência aos atos, bem como sirvam como uma estratégia de identificação de fragilidades e ofereçam possibilidades de ajustes pelos respectivos entes, em busca de um SUS resolutivo e eficiente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n. esp., p. 118-137, mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41nspe/118-137/pt>. Acesso em: 07 ago. 2018.

BAHIA. **Observatório do Estado da Bahia**. Disponível em: <http://www5.saude.ba.gov.br/obr/>. Acesso em: 07 ago. 2018.

BAHIA. Conselho Estadual de Saúde. Resolução nº 14/2018. Aprova com recomendações, o Relatório de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde – SESAB. Exercício 2015. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 13 fev. 2019. Salvador, 2019a.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Alerta epidemiológico nº01/2018** DIVEP/SUVISA/SESAB. 2018. 2 p. Disponível em: https://www.bahia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/ALERTA_-MALA%CC%81RIA_-2018_revisado_2pdf.pdf. Acesso em: 15 maio 2018.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Boletim Epidemiológico da Raiva na Bahia**, Salvador, v. 1. n. 1, jan. 2019b. 2 p. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/boletimRaivaJan2019.pdf>. Acesso em: 02 out. 2019.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Pactuação das diretrizes, objetivos e indicadores 2017-2021 (SISPACTO)**: manual de orientação 2017. Salvador: SESAB, 2017a.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Sistema de Informação de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/sistema-de-informacao-de-agravos-de-notificacao-sinan/>. Acesso em: 02 out. 2019.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração e Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2001. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidade1.pdf>. Acesso em: 02 out. 2019.

BOHOSLAVSKY, J. P. **Guiding principles on human rights impact assessments of economic reforms**. Genebra: United Nations, 2018. Disponível em: <https://www.business-humanrights.org/sites/default/files/documents/G1844352%20Guide%20UNP.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 599, de 11 de outubro de 2018**. Brasília: CNS, 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso599.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 638, de 08 de novembro de 2019**. Brasília: CNS, 2019a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2019/Reso638.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015a. 113 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/DIREITO-A-SAUDE.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 19 jun. 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 2016^a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 08 out. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/decreto/d7508.htm. Acesso em 04 mai. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 nov. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências governamentais. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 13 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015**. Brasília, DF, 2013. 156 p. (Série Articulação Interfederativa, v. 1). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf. Acesso em: 22 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores**: 2013-2015. 3. ed. Brasília, DF, 2015b. 156 p. (Série Articulação Interfederativa, v. 1). Disponível em: http://189.28.128.100/sispacto/SISPACTO_Caderno_Diretrizes_Objeticos_2013_2015_3edicao.pdf. Acesso em: 15 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS Informações de Saúde**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>. Acesso em: 08 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacao_sobre_bolsa_familia.PDF Acesso em: 15 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica – SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996**. Aprova a NOB-SUS 01/96. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 13 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa nº 107/2019-CG-PNI/DEVIT/SVS/MS**. Informa acerca da distribuição de imunobiológicos aos estados na rotina do mês de maio/2019. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 03 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=181515>. Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 13 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0325_21_02_2008.html. Acesso em: 13 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 13 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 03 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações de Saúde: TABNET.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 23 set 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).** Brasília, DF. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 2017, 2018, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactuação Interfederativa 2017-2021:** ficha de Indicadores. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).** Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>. Acesso em: 2017, 2018, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/>. Acesso em: 04 out. 2019.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Portaria nº 7, de 6 de junho de 2020.** Brasília, DF, 2020. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/pgr/documentos/PortariaNF_transparncia.pdf. Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Vigilância em Saúde:** documento base. Brasília, DF: Superintendência de Vigilância em Saúde. Versão 15.10.2014. 23 p. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/gpa/pnvs_2014_versao_final_2014.pdf. Acesso em: 01 out. 2019.

BRASIL, S. B. G. **Seleção de indicadores para gestão de saúde no município**. 2004. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2004. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/98490>. Acesso em: 13 nov. 2017.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05582018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1707-1714>. Acesso em: 01 out. 2019.

CORTES, S. V. Sociologia e políticas públicas. *In*: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. (org.). **A política pública como campo multidisciplinar**. 2. ed. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018. p. 47-68.

COUTINHO, D. R. O direito nas políticas públicas. *In*: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. (org.). **A política pública como campo multidisciplinar**. 2. ed. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018. p. 181-200.

COUTO, R. D. *et al.* Malária autóctone notificada no Estado de São Paulo, 1980 a 2007. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 43, n. 1, p. 52-58, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a12v43n1.pdf> Acesso em: 29 dez. 2019.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica. *In*: GUIZARDI F. *et al.* (org.) **Políticas de participação e saúde**. Recife: Editora UFPE, 2014. p.197-224. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/politicas_participacao_e_saude.pdf Acesso em: 25 fev. 2020.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 21, p. 212-259, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89> Acesso em: 24 nov. 2018.

GARCIA, P. T.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão**. São Luís, Maranhão: EDUFMA, 2016. 52 p. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade IV).

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018. DOI:10.1590/1413-81232018236.05562018. Disponível: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1763-1776/>. Acesso em: 01 out 2019.

HOLANDA, A. N. C. Avaliação de políticas públicas: conceitos básicos, o caso do ProInfo e a experiência brasileira. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD

SOBRE A REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 8., 2003, Panamá. **Anais [...]**. Panamá, 2003. p. 28-31.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Bahia:** população. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba//panorama>. Acesso em: 07 ago. 2018.

IEA – INSTITUTO DE ESTUDOS AVANÇADOS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Propostas para o Brasil:** saúde. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://iea.usp.br/noticias/proposta-para-a-saude-eleicoes-2018>. Acesso em: 03 jun. 2020.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico:** procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2014. 228 p.

MACHADO, C. V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T. W. L. Políticas de Saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, S143-61, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00129616. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33suppl2/e00129616/pt/> Acesso em:

MACIEL, E. L. N.; SALES, C. M. N. A vigilância epidemiológica da tuberculose no Brasil: como é possível avançar mais? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 1, p. 175-178, jan.-mar. 2016. DOI: 10.5123/S1679-49742016000100018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2016.v25n1/175-178/pt>. Acesso em: 03 out. 2019.

MARIANO, C. M. Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-81, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/reinvco4&div=15&id=&page=> Acesso em: 01 out 2019.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. **Programas sociais:** efetividade, eficiência e eficácia. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. 27 p. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2328/1/TD_787.pdf Acesso: 21 mar. 2020.

MARQUES, E. As políticas públicas nas ciências políticas. *In:* MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. (Org.). **A política pública como campo multidisciplinar**. 2. ed. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018. p. 23-46.

MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. (org.). **A política pública como campo multidisciplinar**. 2. ed. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018.

MOURA, E. S. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 16, n 14, jul. 2013. Disponível em:

http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440. Acesso em: 14 nov. 2017.

OLIVEIRA, M. H. B. *et al.* **Direitos humanos e saúde**: construindo caminhos, viabilizando rumos. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. 332 p.

OLIVEIRA, R. G. Sentidos das doenças negligenciadas na agenda de saúde global: o lugar de populações e territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2291-2302, jul. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018237.09042018 Disponível em: 10.1590/1413-81232018237.09042018 <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n7/2291-2302/pt> Acesso em: 02 out 2019.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Artigo 25**: direito a um padrão de vida adequado. 2018. Disponível em: <https://www.nacoesunidas.org/artigo-25-direito-a-um-padrao-de-vida-adequado>. Acesso em: 25 mar. 2020.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Coronavirus**: La respuesta debe basarse integralmente em los derechos humanos, afirma Bachelet. 2020. Disponível em: <https://acnudh.org/coronavirus-la-respuesta-debe-basarse-integralmente-en-los-derechos-humanos-afirma-bachelet>. Acesso em: 06 jun. 2020.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Guia prático para a sociedade civil**: o campo de ação da sociedade civil e o sistema dos direitos humanos das nações unidas. Genebra, 2014. Disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/AboutUs/CivilSociety/CS_space_UNHRSysystem_Guide_PT.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Salud universal em el siglo XXI**: 40 años de Alma-Ata. Washington, DC: OPS; 2019. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/salud.pdf> Acesso em: 25 mar. 2020.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2016. 154 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2017.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Janeiro, v. 23, n. 6, p.1723-1728, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/en_1413-8123-csc-23-06-1723.pdf Acesso em: 03 out. 2019.

PASCHOALOTTO, M. A. C. **Panorama da regionalização da saúde no Brasil**: proposta e aplicação de Índice Sintético para avaliação das regiões de saúde em todo Brasil de 2012 a 2016. 2019. Tese (Doutorado em Administração de Organizações) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. DOI:10.11606/T.96.2020. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/96/96132/tdc-06022020-155328/en.php> Acesso em: 27 mar. 2020

PROADESS. **Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro**: indicadores para monitoramento. Relatório final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20_com_sumario_atualizadorev%202014.pdf Acesso em: 10 set. 2018.

RONCHI, R. G. Em tempos de pandemia, a judicialização da saúde precisa ser racionalizada. **Consultor Jurídico – CONJUR**, São Paulo, maio 2020. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2020-mai-18/renzzo-ronchi-judicializacao-saude-durante-pandemia>. Acesso em: 23 jun. 2020.

ROUQUAYROL M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. 527 p.

SCHELLINI, S. A.; SOUSA, R. L. F. Tracoma: ainda uma importante causa da cegueira. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 71, n. 3, p. 199-204, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v71n3/a12v71n3.pdf> Acesso em: 02 out. 2019.

SISTEMA DE APOIO AO RELATÓRIO DE GESTÃO (SARGSUS). Disponível em: https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!usuarioLogado.action?SARGSUS_TOKE N=PZ6Q-R9GN-FTS9-0QQQ-LD6V-PZYW-9OIO-58IV Acesso em: 2017, 2018, 2019.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE PACTUAÇÃO DE METAS E INDICADORES (SISPACTO). Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces/relatoriosExterno/relatorioExternoPactua cao.jsf?faces-redirect=true->. Acesso em: 13 nov. 2017.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS). Disponível em: <https://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>. Acesso em: 2019, 2020.

SOLIGO, V. Indicadores: conceito e complexidade do mensurar em estudos de fenômenos sociais. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 23, n. 52, p. 12-25, 2012. DOI: 10.18222/eae235220121926. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/eae/article/view/1926/3184> Acesso em: 15 nov. 2017.

SOUZA, S. L.; DOURADO, M. I. C.; NORONHA, C. V. Migrações internas e malária urbana – Bahia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 347-51, 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v20n5/03.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2019.

TESTON, L. M. **Avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre no contexto do capitalismo contemporâneo**: limites e desafios para sua perspectiva emancipatória. 2016. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. DOI: 10.11606/T.6.2016. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-05122016-132438/en.php>. Acesso em: 01 out. 2019.

VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2107-21217, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018237.07582018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n7/2107-2118/pt> Acesso em: 04 out. 2019.

ANEXO A – Pactuação SISPACTO BAHIA 2012

Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2012						
Estado: BAHIA		Status: Pactuação Validada	Ano de Referência: 2012			
		Data: 13/11/2017	Hora: 17:17			
Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.						
Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
1	P	MEDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	2,00		0,87	%
2	P	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	73,50		74,83	%
3	P	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	82,00		80,78	%
4	P	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL	50,00		49,4	%
Objetivo Nacional 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção especializada.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
5	P	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO	31,00		3,23	%
Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.						
Objetivo Nacional - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
6	P	NUMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLENCIA IMPLANTADA	666,00		426	N. ABSOLUTO
Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.						
Objetivo Nacional 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
7	P	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,55		0,53	RAZÃO
8	P	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA REALIZADAS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,25		0,37	RAZÃO
9	P	SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DO COLO DO ÚTERO	50,00		10,08	%
Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.						

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
10	P	PROPORÇÃO DE PARTOS NORMAIS	50,00			%
11	P	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM NO MÍNIMO 7 CONSULTAS DE PRE-NATAL	45,00			%
12	P	NUMERO DE ÓBITOS MATERNICOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA	111,00			N ABSOLUTO
13	P	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	15,00			/1000
14	P	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	45,00			%
15	P	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNICOS E DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (IMF) POR CAUSAS PRESUMIDAS DE MORTE MATERNA INVESTIGADOS	50,00			%
16	P	INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA	457		125	N ABSOLUTO
Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.						
Objetivo Nacional - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos Intersetoriais.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
17	P	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	0,50		0,3	/100.000
Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.						
Objetivo Nacional - Melhoria das condições de saúde do idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
18	P	TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR	12,15		11,55	/10.000
Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.						
Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
19	P	COBERTURA VACINAL COM VACINA TETRAVALENTE (DTF+HB) (PENTAVALENTE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO)	95,00		57,59	%
20	P	PROPORÇÃO DE CURA NAS COORTES DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	75,00		52,45	%
21	P	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	85,00		45,15	%
22	P	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	35,00			%
23	P	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DMC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO	70,00		65,52	%
24	P	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS QUE NOTIFICAM DOENÇAS AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO DA POPULAÇÃO RESIDENTE	75,00		51,32	%
25	P	TAXA DE INCIDÊNCIA DE AÍDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	1,30		2,14	/100.000
26	P	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	100,00		5,04	%
28	P	NUMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	21,00			N ABSOLUTO

Objetivo Nacional 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
29	P	PERCENTUAL DE REALIZAÇÃO DAS ANÁLISES DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA, REFERENTE AO PARÂMETRO COLIFORMES TOTAIS	35,00		35,75	%
Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.						
Objetivo Nacional - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
30	P	PERCENTUAL DE COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES) EM FUNCIONAMENTO POR ESTADO	21,40			%
Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.						
Objetivo Nacional - Qualificação de instrumentos de gestão, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.						
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2012	Res. Preliminar	Res. Final	Unidade
31	P	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM QUADRIAS IMPLANTADAS	7,00			%

ANEXO B – Pactuação SISPACTO BAHIA 2013

Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2013			
Estado: BAHIA		Status: Pactuação Validada	Ano de Referência: 2013
		Data: 13/11/2017	Hora: 17:15
Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e de atenção especializada.			
Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013
1	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	64,00
2	U	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAE)	42,31
3	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	74,00
4	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL	52,00
5	U	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	2,00
6	E	PROPORÇÃO DE EXCORTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	N/A
Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção especializada.			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013
7	U	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	1,04
8	U	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	4,12
9	E	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	N/A
10	E	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE	N/A
11	E	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO	N/A
Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articuladas às outras redes de atenção.			
Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.			

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
12	U	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS INFANTIL	498	N. ABSOLUTO
13	E	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE	N/A	%
14	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MÍOCARDIO (IMA)	N/A	%
15	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS, EM MENORES DE 15 ANOS, NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	N/A	%
16	E	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	N/A	%
Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
17	E	PROPORÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGULADAS	N/A	%
Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.				
Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
18	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,50	RAZÃO
19	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,37	RAZÃO
Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
20	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	60,00	%
21	U	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL	48,00	%
22	U	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE	2,00	RAZÃO
23	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA	112	N. ABSOLUTO
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	16,48	/1000
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTS E FETAIS INVESTIGADOS	45,00	%
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNS INVESTIGADOS	100,00	%
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MF) INVESTIGADOS	65,00	%
28	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	317	N. ABSOLUTO
Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.				
Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade

29	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	0,77	/100.000
Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.				
Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de saúde do idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
30	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS	252,00	/100.000
Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.				
Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
35	U	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	75,00	%
36	U	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	75,00	%
37	U	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	70,00	%
38	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	84,80	%
39	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	75,00	%
40	U	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.	31,00	%
41	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	100,00	%
42	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE Aids EM MENORES DE 5 ANOS	6	N. ABSOLUTO
43	E	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIR A 200 CEL/ML3	N/A	%
44	E	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS	N/A	N. ABSOLUTO
45	E	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	85,00	%
46	E	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	75,50	%
47	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL	17	N. ABSOLUTO
48	E	PROPORÇÃO DE CÃES VACINADOS NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRÁBICA CANINA	80,00	%
49	E	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS	17,00	%
51	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	26	N. ABSOLUTO
52	E	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	90,00	%
Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade

53	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	35,00	%
Diretriz 8 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.				
Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS como estratégia de qualificação da gestão da assistência farmacêutica no SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
54	E	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM O SISTEMA HORUS IMPLANTADO, OU ENVIANDO O CONJUNTO DE DADOS POR MEIO DO SERVIÇO WEB SERVICE	13,00	%
Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
55	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DA EXTREMA POBREZA COM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E CENTRAS DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADOS	21,00	%
Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistemas de garantia da qualidade.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
56	E	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ANO	100,00	%
Diretriz 11 - Contribuição a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.				
Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
57	E	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	33,00	%
58	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE COLETIVA	N/A	%
59	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL	N/A	%
60	E	NÚMERO DE PONTOS DO TELESAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADAS	2720	N. ABSOLUTO
Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Despreocarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
61	U	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS NA ESFERA PÚBLICA COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	31,45	%
Objetivo 11.3 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
62	E	NÚMERO DE MESAS OU ESPAÇOS FÓRUMS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU IMPLANTADOS EM FUNCIONAMENTO	N/A	N. ABSOLUTO
Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estatal.				
Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade

Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estatal.

Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
----	------	-----------	-----------	---------

63	U	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	100	N. ABSOLUTO
64	U	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SACS	100	N. ABSOLUTO
Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.				
Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
65	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIEDIAS IMPLANTADAS	N/A	%
66	E	COMPONENTE DO SINA ESTRUTURADO	N/A	N. ABSOLUTO
67	E	PROPORÇÃO DE ENTES COM FELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE	N/A	N. ABSOLUTO

ANEXO C – Pactuação SISPACTO BAHIA 2014

Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2014			
Estado: BAHIA	Status: Pactuação Validada	Ano de Referência: 2014	
	Data: 13/11/2017	Hora: 17:12	
<p>Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.</p> <p style="text-align: center;">Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.</p>			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014 Unidade
1	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	87,00 %
2	U	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAE)	41,59 %
3	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	74,50 %
4	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL	52,90 %
5	U	MÉDIA DA LAÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	2,00 %
6	E	PROPORÇÃO DE EXCORTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	10,00 %
<p>Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção especializada.</p>			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014 Unidade
7	U	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	0,41 /100
8	U	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	4,51 /100
9	E	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	N/A /100
10	E	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE	N/A /1000
11	E	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO	N/A %
<p>Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articuladas às outras redes de atenção.</p> <p style="text-align: center;">Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.</p>			

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidades
12	U	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	667	N.ABSOLUTO
13	E	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE	N/A	%
14	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	N/A	%
15	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS EM MENORES DE 15 ANOS, NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	N/A	%
16	E	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	N/A	%
Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.				
Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidades
18	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,50	RAZÃO
19	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,37	RAZÃO
Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidades
20	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	60,00	%
21	U	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL	55,00	%
22	U	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE	2,00	RAZÃO
23	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOB EN DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA	111	N.ABSOLUTO
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	16,30	/1000
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	47,00	%
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOB INVESTIGADOS	100,00	%
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	70,00	%
28	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	431	N.ABSOLUTO
Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.				
Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidades
29	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	0,54	/100.000
Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.				
Objetivo 5.1 - Melhorar as condições de saúde do idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.				

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
30	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (10 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATORIAS CRÔNICAS)	260,70	/100.000
Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.				
Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
36	U	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	75,00	%
36	U	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	75,00	%
37	U	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	70,00	%
38	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	90,00	%
39	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	85,00	%
40	U	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.	75,00	%
41	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	100,00	%
42	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AID EM MENORES DE 5 ANOS	2	N.ABSOLUTO
43	E	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200 CEL/M3	N/A	%
44	E	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS	N/A	N.ABSOLUTO
45	E	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	90,00	%
46	E	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	72,00	%
47	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL	18	N.ABSOLUTO
48	E	PROPORÇÃO DE CÃES VACINADOS NA CAMPAINHA DE VACINAÇÃO ANTIERRÁTICA CANINA	80,00	%
49	E	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS	17,00	%
51	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	24	N.ABSOLUTO
52	E	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	80,00	%
Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
53	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	36,75	%
Diretriz 8 - Garantia de assistência farmacêutica no âmbito do SUS.				
Objetivo 8.1 - Ampliar a Implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRU S) e do envio do conjunto de dados por meio do serviço Web Service como estratégia para o fortalecimento do sistema de gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade

54	E	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM O SISTEMA HORBUS IMPLANTADO, OU ENVIANDO O CONJUNTO DE DADOS POR MEIO DO SERVIÇO WEBSERVICE	77,00	%
Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
55	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DA EXTREMA POBREZA COM FARMÁCIAS DE ATENÇÃO BÁSICA E CENTROS DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADOS	N/A	%
Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de matéria-prima, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos finalizados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, procedimentos, sistema de garantia da qualidade.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
56	E	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO ANO	100,00	%
Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.				
Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
57	E	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	33,00	%
58	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE COLETIVA	N/A	%
59	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL	N/A	%
60	E	NÚMERO DE PONTOS DO TELESAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS	1271	N-ABSOLUTO
Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprezar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
61	U	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESPERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	100,00	%
Objetivo 11.3 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
62	E	NÚMERO DE MEAS OU ESPAÇOS FORMAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU MANTIDOS EM FUNCIONAMENTO	N/A	N-ABSOLUTO
Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.				
Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
63	U	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	100	N-ABSOLUTO
64	U	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SACS	100	N-ABSOLUTO
Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.				
Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade

65	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CUIDADORAS IMPLANTADAS	N/A	%
66	E	COMPONENTE DO BNA ESTRUTURADO	N/A	N-ABSOLUTO
67	E	PROPORÇÃO DE ENTES COM PELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE	N/A	N-ABSOLUTO

ANEXO D – Pactuação SISPACTO BAHIA 2015

Estado: BAHIA		Status: Pactuação Validada		Ano de Referência: 2015
		Data: 13/11/2017		Horas: 17:03
Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2015				
Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.				
Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à atenção básica.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2015	Unidade
1	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	76,20	%
2	U	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAE)	39,56	%
3	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	73,66	%
4	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL	57,48	%
5	U	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	2,00	%
6	E	PROPORÇÃO DE EXCORTA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	6,50	%
Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção especializada.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2015	Unidade
7	U	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	1,10	/100
8	U	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	3,64	/100
9	E	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	N/A	/100
10	E	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE	N/A	/1000
11	E	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO	N/A	%
Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.				
Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2015	Unidade
12	U	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS INFANTIL	762	N. ABSOLUTO
13	E	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE	N/A	%

14	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	N/A	%
15	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS EM MENORES DE 15 ANOS, NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	N/A	%
16	E	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	N/A	%
Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonita", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.				
Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo do Útero.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2015	Unidade
18	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,40	RAZÃO
19	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,40	RAZÃO
Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2015	Unidade
20	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	60,00	%
21	U	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL	55,00	%
22	U	NÚMERO DE TESTES DE BÍFUS POR GESTANTE	2,00	RAZÃO
23	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNICOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA	138	N.ABSOLUTO
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	16,00	/1000
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	50,00	%
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNICOS INVESTIGADOS	100,00	%
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	80,00	%
28	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	756	N.ABSOLUTO
Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.				
Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2015	Unidade
29	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	1,0E	/100.000
Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde de pessoas idosas e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.				
Objetivo 5.1 - Melhorar as condições de saúde do idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2015	Unidade
30	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATORIAS CRÔNICAS	221,00	/100.000
Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.				

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2015 Unidade
35	U	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	73,00 %
36	U	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACLIFERA	85,00 %
37	U	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	70,00 %
38	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	86,00 %
39	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	80,00 %
40	U	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS	84,89 %
41	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	100,00 %
42	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	11 N.ABSOLUTO
43	E	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1ª CD4 INFERIOR A 200 CEL/MM3	N/A %
44	E	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HIV REALIZADOS	N/A N.ABSOLUTO
45	E	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	90,00 %
46	E	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	77,00 %
47	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL	30 N.ABSOLUTO
48	E	PROPORÇÃO DE CÃES VACINADOS NA CAMPAÑA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA CANINA	80,00 %
49	E	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRATAMENTO NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS	45,00 %
51	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	15 N.ABSOLUTO
52	E	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	80,00 %
Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2015 Unidade
53	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	100,00 %
Diretriz 8 - Garantia de assistência farmacêutica no âmbito do SUS.			
Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (SNGAF) e do envio do conjunto de dados por meio do serviço Web Service como estratégia para o fortalecimento do sistema de gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2015 Unidade
54	E	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM O SISTEMA HORUS IMPLANTADO, OU ENVIANDO O CONJUNTO DE DADOS POR MEIO DO SERVIÇO WEBSERVICE	100,00 %
Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2015 Unidade

55	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DA EXTREMA POBREZA COM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E CENTRAS DE ABASTECIMENTO FARMACÉUTICO ESTRUTURADOS	100,00	%
Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, procedimentos, sistema de garantia da qualidade.				
Nº	Tipo			Unidade
	Indicador			Meta 2015
56	E	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO ANO	100,00	%
Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.				
Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.				
Nº	Tipo			Unidade
	Indicador			Meta 2015
57	E	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	N/A	%
58	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E DA RESIDÊNCIA MULTIPROFSSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA SAUDE DA FAMÍLIA SAUDE COLETIVA	N/A	%
59	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E MULTIPROFSSIONAL EM SAÚDE MENTAL	N/A	%
60	E	NÚMERO DE PONTOS DO TELESAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS	1271	N. ABSOLUTO
Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Despreocarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.				
Nº	Tipo			Unidade
	Indicador			Meta 2015
61	U	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	100,00	%
Objetivo 11.3 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanentes entre trabalhadores e gestores de saúde na Região de Saúde.				
Nº	Tipo			Unidade
	Indicador			Meta 2015
62	E	NÚMERO DE MESAS OU ESPAÇOS FORMAIS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU MANTIDOS EM FUNCIONAMENTO	N/A	N. ABSOLUTO
Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralizados na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.				
Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate as endemias, educadores populares com o SUS.				
Nº	Tipo			Unidade
	Indicador			Meta 2015
63	U	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	1	N. ABSOLUTO
64	U	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS	1	N. ABSOLUTO
Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.				
Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.				
Nº	Tipo			Unidade
	Indicador			Meta 2015
65	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM QUÍNDORIAS IMPLANTADAS	N/A	%
66	E	COMPONENTE DO SNA ESTRUTURADO	N/A	N. ABSOLUTO

67 E PROPORÇÃO DE ENTES COM PELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE N/A N. ABSOLUTO



ANEXO E – Pactuação SISPACTO BAHIA 2016

Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2016			
Estado: BAHIA		Ano de Referência: 2016	
Status: Pactuação Validada		Data: 13/11/2017	
		Hora: 17:10	
<p>Diretriz: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.</p> <p>Objetivo Nacional: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.</p>			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2016 Unidade
1	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	73,66 %
2	E	PROPORÇÃO DE EXCORTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	5,50 %
<p>Diretriz: Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.</p> <p>Objetivo Nacional: Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Caponita, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.</p>			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2016 Unidade
3	E	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE	N/A %
4	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	N/A %
5	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,40 RAZÃO
6	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,40 RAZÃO
7	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR	60,00 %
8	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	N/A /100.000
<p>Objetivo Nacional: Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.</p>			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2016 Unidade
9	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	16,00 /1000
10	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNO-INVESTIGADOS	100,00 %
11	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	60,00 %

Diretriz: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violência, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.			
Objetivo Nacional: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2016 Unidades
12	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	795 N-ABSOLUTO
13	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (DE 30 A 69 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATORIAS CRÔNICAS)	221,00 /100.000
14	U	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	75,00 %
15	U	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL	85,00 %
16	U	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	70,00 %
17	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	86,00 %
18	U	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS	80,00 %
19	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AÍDS EM MENORES DE 5 ANOS	10 N-ABSOLUTO
20	E	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	90,00 %
21	E	PROPORÇÃO DE CONTATOS EXAMINADOS DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE	77,00 %
23	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	N/A N-ABSOLUTO
24	E	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	80,00 %
25	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	100,00 %
Objetivo Nacional: Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2016 Unidades
26	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	100,00 %
Diretriz: Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadores, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.			
Objetivo Nacional: Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a democratização das relações de trabalho.			
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2016 Unidades
27	E	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	N/A %
Diretriz: Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.			
Objetivo Nacional: Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS.			

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2016	Unidade
23	U	PLANOS DE SAÚDE ENVIADOS AO CONSELHO DE SAÚDE	1	N.ABSOLUTO
<p>Diretriz: Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.</p> <p>Objetivo Nacional: Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.</p>				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2016	Unidade
25	E	PROPORÇÃO DE ENTES COM FELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE	N/A	N.ABSOLUTO

ANEXO F – Pactuação SISPACTO BAHIA 2017

Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2017				
Estado: BAHIA		Status: Pactuação Validada		Ano de Referência: 2017
		Data: 13/11/2017		Hora: 17:25
Pactuação Interfederativa 2017 a 2021				
Relação de Indicadores				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2017	Unidade
1	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (de 20 a 69 anos) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATORIAS CRÔNICAS)	102,29	/100.000
2	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MF) INVESTIGADOS	N/A	%
3	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	54,79	%
4	U	PROPORÇÃO DE VACINAS SELECIONADAS DO CIVI PARA CRIANÇAS < 2 ANOS - PENTAVALENTE (P) DOSE, PNEUMOCOCCICA 10-VALENTE (2º), POLIOVALENTE (P) E TRÍPLICE VIRAL (1º) - COM COBERTURA VACINAL PRECONIZADA	55,00	%
5	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (MEDIATA (DMCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	75,00	%
6	U	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	55,00	%
7	E	NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONES DE MALARIA	N/A	N-ABSOLUTO
8	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	1059	N-ABSOLUTO
9	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AÍDS EM MENORES DE 5 ANOS	10	N-ABSOLUTO
10	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	100,00	%
11	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,40	RAZÃO
12	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,45	RAZÃO
13	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SUB E NA SAÚDE SUPLEMENTAR	50,00	%
14	U	PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS 10 A 15 ANOS	19,70	%
15	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	15,50	/1000
16	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA	128	N-ABSOLUTO
17	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	76,35	%
18	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	75,69	%

19	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA	56,00	%
20	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	100,00	%
21	E	AÇÕES DE MATRICIAMENTO REALIZADAS POR CAPS COM EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	N/A	%
23	U	PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO DO CAMPO "OCUPAÇÃO" NAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO	95,00	%