

PORTARIA Nº 2.669, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2009

Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições previstas no inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, segundo as quais o Pacto pela Vida se traduz no compromisso entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando que o monitoramento do Pacto pela Saúde deve ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o Termo de Compromisso de Gestão, conforme instituído no art. 14 da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006;

Considerando a Portaria nº 3.176/GM, de 24 de dezembro de 2008, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão; e

Considerando a decisão do Plenário da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de pactuação do documento "Interface dos Instrumentos do Sistema de Planejamento e dos Instrumentos de Pactuação do SUS", em reunião ocorrida dia 27 de agosto de 2009, resolve:

Art. 1º As prioridades do Pacto pela Saúde, no componente Pacto pela Vida, para o biênio 2010 - 2011 serão as seguintes:

- I - atenção à saúde do idoso;
- II - controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III - redução da mortalidade infantil e materna;
- IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e aids;
- V - promoção da saúde;
- VI - fortalecimento da atenção básica;
- VII - saúde do trabalhador;
- VIII - saúde mental;
- IX - fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X - atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
- XI - saúde do homem.

Art. 2º Define-se o conjunto de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, para o biênio 2010-2011, conforme Anexo a esta Portaria.

§ 1º As prioridades, objetivos, metas e indicadores dos Pactos pela Vida e de Gestão representarão o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que impactam nas condições de saúde da população.

§ 2º O documento de orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, estará disponível no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sispacto.

Art. 3º As metas nacionais para o biênio 2010-2011, constantes do Anexo a esta Portaria, servirão de referência para a definição das metas estaduais, do Distrito Federal (DF) e dos Municípios, devendo ser respeitadas as tendências estabelecidas nas metas Brasil.

§ 1º As metas estaduais e do DF devem manter coerência com as metas nacionais, observadas as especificidades regionais e respeitadas as tendências estabelecidas nas metas Brasil.

§ 2º As metas municipais devem manter coerência com as metas estaduais, observadas as especificidades locais e respeitadas as tendências estabelecidas nas metas Brasil.

Art. 4º A pactuação das prioridades, objetivos, metas e indicadores entre União, Distrito Federal e Estados, para o biênio 2010-2011, deve seguir as orientações e prazos previstos nesta Portaria.

§ 1º Caberá aos Estados pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, correspondentes à esfera estadual, até 30 de novembro de 2009.

§ 2º As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) deverão formalizar as prioridades, objetivos, metas e indicadores pactuados, até 16 de dezembro de 2009, mediante registro e validação no sistema SISPACTO, disponível no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sispacto.

§ 3º Após a formalização no Sistema do Pacto pela Saúde (SISPACTO) pelas SES, caberá ao Ministério da Saúde (MS) homologar as metas estaduais pactuadas.

§ 4º Caso o MS identifique a existência de pactuação de metas estaduais que não tenham coerência com as metas nacionais ou com a tendência estabelecida nas metas Brasil, deverá formalizar à SES proposta de adequação, mediante justificativa técnica, por meio do sistema SISPACTO.

§ 5º Após a finalização do processo de pactuação das metas estaduais, a Secretaria Estadual de Saúde procederá à abertura do sistema SISPACTO para o preenchimento pelos Municípios.

§ 6º As metas estaduais e do Distrito Federal, para o biênio 2010-2011, serão encaminhadas à CIT, para homologação na 1ª reunião ordinária de 2010.

Art. 5º As prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, correspondentes à esfera municipal e referentes ao biênio 2010-2011, devem ser pactuados na CIB, até 29 de janeiro de 2010.

§ 1º Cabe ao Município propor as metas a serem alcançadas, observando as especificidades locais, mantendo coerência com as metas pactuadas pelo Estado e seguindo a tendência estabelecida nas metas Brasil.

§ 2º Após a definição das metas municipais, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve preencher e validar a planilha de metas no sistema SISPACTO, até 26 de fevereiro de 2010.

§ 3º Após registro e validação no SISPACTO pelas SMS, a SES deverá homologar as metas municipais pactuadas.

Art. 6º Por ocasião da elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) de 2011, as metas pactuadas poderão sofrer ajustes, baseados nas recomendações do Relatório Anual de Gestão.

Parágrafo único. As metas ajustadas devem ser formalizadas pelos gestores do SUS, mediante registro e validação no SISPACTO, permitindo o monitoramento por parte do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal.

Art. 7º Os resultados da pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, relativos ao ano anterior, expressos no Relatório Anual de Gestão, deverão ser registrados no sistema SISPACTO pelos Municípios, Estados, Distrito Federal e União.

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

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

PACTUAÇÃO DE PRIORIDADES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE, NAS DIMENSÕES PELA VIDA E DE GESTÃO, PARA O BIÊNIO 2010-2011.

PACTO PELA VIDA		META BRASIL		INDICADOR	FONTE	MÉTODO DE CÁLCULO
PRIORIDADES	OBJETIVOS	2010	2011			
1. Atenção à saúde do idoso.	Promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.	Redução em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.	Redução em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.	1. Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.	SIH IBGE	Número de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas com 60 anos ou mais (por local de residência) x 10.000 / Total da população com 60 anos e mais. OBS: Lista Morb CID-10: Fratura do Fêmur.
2. Controle do câncer de colo de útero e de mama.	Ampliar a oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero visando alcançar uma cobertura de 80% da população alvo.	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano ³ 0,20.	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano ³ 0,23.	2 -Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano.	SISCOLO IBGE	Número de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, em determinado local e ano / População feminina, na faixa etária de 25 a 59 anos, em determinado local e ano.
	Tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial.	100% de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.	100% de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.	3 -Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.	SISCOLO	Nº de mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau com seguimento informado, em determinado ano e local / Nº total de mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau, em determinado ano e local x 100. (! No numerador é preciso excluir o número de mulheres sem informação de seguimento).
	Ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo.	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano ³ 0,12.	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano ³ 0,16.	4 - Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.	SIA SISMA-MAIBGE	Número de mamografias realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos, em determinado local e ano / População feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.
3.Redução da mortalidade infantil e materna.	Reduzir a mortalidade infantil.	Reduzir a mortalidade infantil em 2,4%.	Reduzir a mortalidade infantil em 2,4%.	5 - Taxa de mortalidade infantil.	SIM SINASC IBGE	SVS Método MIX: 1) Cálculo direto: dados de óbitos e nascidos vivos dos bancos de dados SIM e SINASC, para os estados PR,SC,RS, SP, RJ, ES, DF e MS. 2) Cálculo indireto: estimativas do IBGE para os demais estados. Cálculo:

							<p>Para municípios com população acima de 80.000 hab: N° de óbitos de crianças residentes com menos de um ano de idade / N° total de nascidos vivos de mães residentes x 1000</p> <p>Para municípios com menos de 80.000 hab: Número absoluto de óbitos residentes menores de um ano de idade.</p> <p>Para municípios com população acima de 80.000 habitantes: N° de óbitos de crianças residentes menores de 28 dias N° de nascidos vivos de mães residentes x 1000.</p> <p>Para municípios com menos de 80.000 habitantes: Número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de 28 dias de idade.</p> <p>Para municípios com população acima de 80.000 habitantes: N° de óbitos de crianças residentes de 28 a 364 dias de vida completos / N° total de nascidos vivos de mães residentes x 1.000.</p> <p>Para municípios com menos de 80.000 habitantes: Número absoluto de óbitos de crianças residentes entre 28 e 364 dias de idade completos.</p>
		Reduzir a mortalidade infantil neonatal em 3%.	Reduzir a mortalidade infantil neonatal em 3%.	1.a - Taxa de mortalidade infantil neonatal.			
		Reduzir a mortalidade infantil pós-neonatal em 3%.	Reduzir a mortalidade infantil pós-neonatal em 3%.	1.b - Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal.			
		Reduzir a mortalidade materna	Investigar no mínimo 70% de óbitos de mulheres em idade fértil e maternas.	6 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternas investigados.	SIM		N° de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternas notificadas no módulo de investigação de óbitos de SIM / Total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternas residentes x 100.
			Reduzir em 15% o número de casos de sífilis congênita.	7 - Incidência de Sífilis Congênita.	SDNAN		Somatório anual do número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade em residentes.
4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, infestação, leishmaniose, AIDS.	Reduzir a letalidade dos casos graves de dengue.	Taxa de letalidade das formas graves de dengue ≤ 2 %.	Mantimento da taxa de letalidade das formas graves de dengue ≤ 2 %.	8 - Taxa de letalidade das formas graves de dengue (Feixe Hemorrágico da Dengue - FHD/Síndrome do Choque da Dengue - SCD/Dengue Com Complicações - DCC).	SDNAN		N° de óbitos por Feixe Hemorrágico da Dengue e/ou Síndrome do Choque da Dengue + Dengue Com Complicações / N° de casos confirmados de Feixe Hemorrágico da Dengue e/ou Síndrome do Choque da Dengue + Dengue Com Complicações X 100.
	Ampliar a cura de casos novos de casos de leishmaniose diagnosticados nos anos das coortes.	Cura de no mínimo 95% dos casos novos de leishmaniose diagnosticados nos anos das coortes.	Cura de no mínimo 90% dos casos novos de leishmaniose diagnosticados nos anos das coortes.	9 - Proporção de cura dos casos novos de leishmaniose diagnosticados nos anos das coortes.	SDNAN		Casos novos residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação / Total de casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes x 100.
	Ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos diagnosticados e curados.	Cura de no mínimo 85% dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos diagnosticados nos anos das coortes.	Cura de no mínimo 85% dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos diagnosticados nos anos das coortes.	10 - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos.	SDNAN		N° de casos novos pulmonares positivos curados de tuberculose no período avaliado / N° de casos novos pulmonares positivos de tuberculose no período avaliado x 100.
	Reduzir a mortalidade de malária no âmbito do Sistema Legal.	Índice Parasitário Anual de malária ≤ 12,5 por 1000 habitantes.	Índice Parasitário Anual de malária ≤ 12,5 por 1000 habitantes.	11 - Índice Parasitário Anual (IPA) de malária.	SI/VEP - malária		N° de exames positivos de malária registrados em uma área / População residente na área X 1000.
	Ampliar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico de vírus influenza em rede de referência.	Coleta de no mínimo 80% de amostras clínicas do vírus influenza em rede de referência.	Coleta de no mínimo 80% de amostras clínicas do vírus influenza em rede de referência.	12 - Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em rede de referência.	SI/VEP		Soma de número de amostras coletadas para diagnóstico de vírus influenza nos municípios-membros da UF/Soma do número preconizado de amostras para diagnóstico de vírus influenza nos municípios-membros da UF x 100.
	Fortalecer a vigilância epidemiológica da dengue para ampliar a detecção de casos de dengue B e a qualidade de acompanhamento dos casos em coortes.	Confirmação por sorologia de no mínimo 90% dos casos de dengue B.	Confirmação por sorologia de no mínimo 90% dos casos de dengue B.	13 - Proporção de casos de dengue B confirmados por sorologia.	SDNAN		N° de casos confirmados de dengue B (casos com HbAg reagente somados nos casos HbAg não reagente/inconclusivo e anti-HbC IgM reagente) residentes em determinado local em determinado período / N° de casos de dengue B residentes em determinado local em determinado período com classificação final "confirmação laboratorial" x 100.
	Reduzir a transmissão vertical do HIV.	Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade ≤ 3,0.	Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade ≤ 3,0.	14 - Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade.	SDNAN SIS-CEL/SCL/OMS-SIM		N° de casos de aids diagnosticados em menores de 5 anos de idade, em determinado local de residência e ano de diagnóstico / População residente de menores de 5 anos de idade nesse mesmo ano e local x 100.000.
5. Promoção da saúde.	Reduzir o número de sedentários na população.	15,2% dos adultos com atividade física suficiente no tempo livre.	15,2% dos adultos com atividade física suficiente no tempo livre.	15 - Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos.	VEGETEL		N° de adultos (* 18 anos) com atividade física suficiente / número de adultos (* 18 anos) residentes na respectiva cidade X 100.
	Reduzir a prevalência de tabagismo no país.	Taxa de prevalência de tabagismo ≤ 15,8% por ano.	Taxa de prevalência de tabagismo ≤ 15,8% por ano.	16 - Prevalência de tabagismo em adultos.	VEGETEL		N° de adultos (* 18 anos) fumantes por cidade/ N° de adultos (* 18 anos) residentes na respectiva cidade X 100.
6. Fortalecimento da atenção básica.	Ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família.	Cobertura de no mínimo 54,3% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.	Cobertura de no mínimo 57% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.	17 - Taxa de cobertura populacional cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.	SIAB-IBGE		População cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica em determinado local e período/População no mesmo local e período X 100. *População cadastrada no sistema vigente pela Estratégia Saúde da Família nos tipos de equipes: ESF, ESF com atenção básica modalidade I e ESF com atenção básica modalidade II.
	Ampliar o acesso à consulta pré-natal.	Mínimo de 62,91% dos nascidos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	Mínimo de 65,08% dos nascidos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	18 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	SINASC		N° de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período / N° de nascidos vivos em determinado local e período X 100.
	Reduzir a internação hospitalar por diabetes mellitus no âmbito do SUS.	Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações ≤ 4,0 por 10.000 habitantes.	Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações ≤ 3,7 por 10.000 habitantes.	19 - Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações.	SIH/SUS-IBGE		N° de internações por diabetes mellitus* e suas complicações na população de 10 anos e 59 anos, em determinado local e período / População de 10 a 59 anos, no mesmo local e período x 10.000. Código SIH/SUS: 03.03.03.003-8
	Reduzir a internação hospitalar por acidente vascular cerebral (AVC) no âmbito do SUS.	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC) ≤ 4,7 por 10.000 habitantes.	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC) ≤ 4,7 por 10.000 habitantes.	20 - Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC).	SIH/SUS-IBGE		N° de internações por acidente vascular cerebral (AVC)* na população de 30 a 59 anos em determinado período / População de 30 a 59 anos no mesmo local e período x 10.000. Código SIH/SUS: 03.03.04.014-9
	Reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos.	Prevalência de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade ≤ 9,0%.	Prevalência de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade ≤ 9,0%.	21 - Prevalência de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade.	SISVAN/VEP		N° de crianças menores de cinco anos com peso por idade abaixo do Percentil 3 / N° total de crianças menores de cinco anos acompanhadas pelo SISVAN x 100.
	Prevalência de famílias acompanhadas pela atenção básica, beneficiárias do Programa Bolsa Família * 70%.	Prevalência de famílias acompanhadas pela atenção básica, beneficiárias do Programa Bolsa Família * 70%.	Prevalência de famílias acompanhadas pela atenção básica, beneficiárias do Programa Bolsa Família * 70%.	22 - Prevalência de famílias com perfil sendo beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica.	SISVAN		N° de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil sendo acompanhadas pela atenção básica na última vigência consolidada / N° total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil sendo na última vigência consolidada x 100.
7. Saúde de trabalhadores.	Ampliar a identificação e a notificação dos agravos à Saúde do Trabalhador a partir da rede de serviços existente em Saúde do Trabalhador, buscando atingir toda a rede de serviços do SUS.	Ampliar de 15% em relação ao n° de notificações em 2008.	Ampliar de 30% em relação ao n° de notificações em 2008.	23 - Número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº 777/04.	SDNAN		N° de notificações realizadas relativas aos 11 (onze) agravos constantes da Portaria nº 777/04.
8. Saúde mental.	Ampliar o acesso ao tratamento ambulatorial em saúde mental.	Taxa de Cobertura CAPS * 0,62 por 100.000 habitantes (corresponde a 107 anos CAPS).	Taxa de Cobertura CAPS * 0,66 por 100.000 habitantes (corresponde a 96 anos CAPS).	24 - Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) 100.000 habitantes.	CNES-IBGE		Centros de Atenção Psicossocial - CAPS/100.000 habitantes = [(n°CAPS I x 0,5)+(n°CAPS II)+(n°CAPS III x 1,5)+(n°CAPS0)-(n°CAPS0a)] / população x 100.000.
9. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência.	Ampliar as Redes estaduais de Serviços de Reabilitação para Pessoas com Deficiência.	Reabilitação de pelo menos 27 serviços de reabilitação mental nos municípios federativos.	Reabilitação de pelo menos 11 serviços de reabilitação mental nos municípios federativos.	25 - Número de serviços de reabilitação mental habilitados pelo Ministério da Saúde.	CNES		N° total de serviços de reabilitação mental habilitados por UF.
10. Atenção integral às pessoas em situação de risco de violência.	Ampliar a rede de prevenção da violência e promoção à saúde nos estados e municípios.	70% de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas.	80% de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas.	26 - Proporção de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas.	Questionário on-line Focussus, validado pelo CIB		N° de Municípios prioritários da UF com Rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas / N° total de municípios prioritários da UF X100.
	Ampliar a cobertura da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências.	20% de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências implantadas.	30% de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências implantadas.	27 - Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências implantadas.	SDNAN-SIET		Nº de municípios prioritários com notificação/Investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências implantadas no estado / nº de municípios prioritários no estado x 100.
11. Saúde do homem.	Investir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais.	Implantar a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem nos 26 Estados e Distrito Federal, e 26 municípios selecionados: (27 Estados e 26 municípios).	Implantar a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem nos 26 Estados e Distrito Federal, e 26 municípios selecionados.	28 - Número de Estados e Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais.	CIB		N° de estados e municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais.
	Ampliar o acesso a cirurgias de prostatectomia Suprapúbica, em relação ao sexo masculino.	Ampliar em 10% o número Prostatectomia Suprapúbica, em relação ao sexo masculino.	Ampliar em 10% o número Prostatectomia Suprapúbica, em relação ao sexo masculino.	29 - Número de Cirurgias Prostatectomia Suprapúbica por local de residência.	SIH		N° absoluto de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência. Código SIH - SUS:040903002B.

PACTO DE GESTÃO		META BRASIL		INDICADOR	FONTE	MÉTODO DE CÁLCULO
RESPONSABILIDADES DO PACTO DE GESTÃO	OBJETIVOS	2010	2011			
1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS.	Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registrados no SINAN.	76% ou mais de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	78% ou mais de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	30 - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	SINAN	Nº de casos de DNC encerrados oportunamente, residentes em determinado local e notificados em determinado ano / Nº de casos de DNC, residentes em determinado local e notificados em determinado ano x 100.
	Ampliar a classificação de causa básica de óbito não fatal.	93% de óbitos não fatais informados ao SIM com causa básica definida.	94% de óbitos não fatais informados ao SIM com causa básica definida.	31 - Proporção de óbitos não fatais informados ao SIM com causa básica definida.	SIM	Nº de óbitos não fatais com causa básica definida informada / Total de óbitos não fatais residentes x 100.
	Manter a cobertura vacinal adequada nos serviços de imunizações nos municípios e estados.	93% de cobertura vacinal por soro-avalante (DTP+Hib) em crianças menores de um ano.	93% de cobertura vacinal por soro-avalante (DTP+Hib) em crianças menores de um ano.	32 - Cobertura Vacinal com a vacina soro-avalante (DTP+Hib) em crianças menores de um ano.	SI-API SINASC	Nº de crianças menores de 1 ano vacinadas com a 3ª dose de DTP+Hib / População de menores de 1 ano x 100.
	Realizar os níveis e saúde humana de controle do consumo de água com qualidade de microbiologia fora do padrão de potabilidade.	13% de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.	10% de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.	33 - Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.	SISACUA	Nº de amostras de coliformes totais realizadas pela vigilância/total de amostras de coliformes totais obrigatórias x 100.
	Consolidar e ampliar a descentralização das ações de vigilância sanitária.	70% de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.	80% de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.	34 - Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.	Resoluções das Comissões Intergestores Bipartite (CIB)	Nº de municípios que pactuaram ações estratégicas de vigilância sanitária / Nº total de municípios x 100.
2. Responsabilidades na regionalização.	Constituir Colegiados de Gestão Regional (CGR).	91% de Colegiados de Gestão Regional (CGR) constituídos em cada estado e informados à Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	100% de Colegiados de Gestão Regional (CGR) constituídos em cada estado e informados à Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	35 - Percentual de Colegiados de Gestão Regional (CGR) constituídos em cada Estado e informados à CIT.	Informações das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).	Nº de Colegiados de Gestão Regional constituídos / Nº de regiões de saúde existentes x 100.
3. Responsabilidades no planejamento e programação.	Assegurar que 100% de estados e municípios tenham o Relatório Anual de Gestão (RAG) aprovados pelas respectivas Comissões de Saúde.	100% de estados e municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.	100% de estados e municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.	36 - Proporção de estados e municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.	Comissão Intergestores Tripartite (CIT)	UNIAO: (Número de UF's com Relatórios Anuais de Gestão Estadual aprovados no CES / 27)X100 ESTADOS: (Número de Municípios do Estado com Relatórios Anuais de Gestão Municipal aprovados no CMGSAT de municípios do Estado) X100.
4. Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e monitoramento.	Fortalecer o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNEs) com dados atualizados sistematicamente, visando melhorar a qualidade de informação.	100% de atualização regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNEs).	100% de atualização regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNEs).	37 - Índice de atualização regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNEs).	CNES	Nº de bases do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNEs) enviadas / 12 meses de ano x 100.
5. Responsabilidades da educação em saúde.	Ampliar o percentual de CIES em funcionamento, para que eles possam contribuir para o planejamento regional de ações educativas de acordo com as necessidades e realidades locais.	100% das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) em funcionamento.	100% das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) em funcionamento.	38 - Percentual de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) em funcionamento por estado.	Resoluções das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) Relatório anual de gestão	Nº de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) em funcionamento / Nº de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) constituídas x 100.
6. Responsabilidades na participação e controle social.	Implantar ouvidorias em estados e municípios com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.	35 ouvidorias do SUS implantadas.	18 ouvidorias do SUS implantadas.	39 - Implantação de ouvidorias do SUS nos estados e capitais.	Informações das Secretarias de Saúde dos estados, DF e capitais para a área técnica.	
	Fortalecer o controle social no SUS.	100% de conselheiros estaduais e 100% de conselheiros municipais dos municípios prioritários capacitados.		40 - Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em 2009.	Participação/SUS CES CMS	