



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

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. (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.840 de 07.12.2010)~~

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. (¹ 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:

										Para municípios com população acima de 80.000 hab: Nº de óbitos de crianças residentes com menos de um ano de idade / Nº total de nascidos vivos de mães residentes x 1000 Para municípios com menos de 80.000 hab: Número absoluto de óbitos residentes menores de um ano de idade. Para municípios com população acima de 80.000 habitantes: Nº de óbitos de crianças residentes menores de 28 dias / Nº de nascidos vivos de mães residentes x 1000. Para municípios com menos de 80.000 habitantes: Número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de 28 dias de idade.
	Reduzir a mortalidade infantil neonatal em 3%.	Reduzir a mortalidade infantil neonatal em 3%.	Reduzir a mortalidade infantil neonatal em 3%.	1a - Taxa de mortalidade infantil neonatal.	SIM					
	Reduzir a mortalidade infantil pós-neonatal em 3%.	Reduzir a mortalidade infantil pós-neonatal em 3%.	Reduzir a mortalidade infantil pós-neonatal em 3%.	1b - Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal.						Para municípios com população acima de 80.000 habitantes: Nº de óbitos de crianças residentes de 28 a 364 dias de vida completos / Nº total de nascidos vivos de mães residentes x 1.000. Para municípios com menos de 80.000 habitantes: Número absoluto de óbitos de crianças residentes entre 28 e 364 dias de idade completas.
	Reduzir a mortalidade materna	Investigar no mínimo 50% de óbitos de mulheres em idade fértil e maternas. Reduzir em 15% o número de casos de sífilis congênita.	Investigar no mínimo 60% de óbitos de mulheres em idade fértil e maternas. Reduzir em 15% o número de casos de sífilis congênita.	6 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternas investigados. 7 - Incidência de Sífilis Congênita.	SIM SIDCAN					Nº de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternas notificados no módulo de investigação de óbitos do SIM / Total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternas residentes x 100. 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, influenza, hepatite, AIDS.	Reduzir a letalidade dos casos graves de dengue.	Taxa de letalidade das formas graves de dengue ≤ 2 %.	Maintenance da taxa de letalidade das formas graves de dengue ≤ 2 %.	8 - Taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue - FHD/ Síndrome do Choque da Dengue - SCD/ Dengue Com Complicações - DCC).	SIDCAN					Nº de óbitos por Febre Hemorrágica da Dengue e/ou Síndrome do Choque da Dengue + Dengue Com Complicações / Nº de casos confirmados de Febre Hemorrágica da Dengue e/ou Síndrome do Choque da Dengue + Dengue Com Complicações X 100.
	Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase a cada ano para atingir 90% de cura em 2011.	Cura de no mínimo 90% dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Cura de no mínimo 90% dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	9 - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	SIDCAN					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 a cada ano.	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.	SIDCAN					Nº de casos novos pulmonares positivos curados de tuberculose no período avaliado / Nº de casos novos pulmonares positivos de tuberculose no período avaliado x 100.
	Reduzir a incidência de malária na região da Amazônia Legal.	Índice parasitário anual de malária ≤ 12,9 por 1000 habitantes.	Índice parasitário anual de malária ≤ 12,3 por 1000 habitantes.	11 - Índice Parasitário Anual (IPA) de malária.	SIVEP - malária					Nº de exames positivos de malária registrados em uma área / População residente na área X 1.000.
	Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico de vírus influenza de acordo com o preconizado.	Coleta de no mínimo 80% de amostras clínicas do vírus influenza em relação ao preconizado.	Coleta de no mínimo 80% de amostras clínicas do vírus influenza em relação ao preconizado.	12 - Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado.	SIVEP					Soma do número de amostras coletadas para diagnóstico de vírus influenza nas unidades-sentinelas da UF/ Soma do número preconizado de amostras para diagnóstico de vírus influenza nas unidades-sentinelas da UF x 100.
	Fortalecer a vigilância epidemiológica da doença para ampliar a detecção de casos de hepatite B, e a qualidade do encerramento dos casos por critério laboratorial.	Confirmação por sorologia de no mínimo 90% dos casos de hepatite B.	Confirmação por sorologia de no mínimo 93% dos casos de hepatite B.	13 - Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia.	SIDCAN					
Reduzir a transmissão vertical do HIV.	Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade ≤ 3,2.	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.	SIDCAN - SISCEL - SIM						Nº 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 os níveis de sedentarismo na população.	15,2% dos adultos com atividade física suficiente no tempo livre.	15,3% dos adultos com atividade física suficiente no tempo livre.	15 - Prevalência da atividade física suficiente no tempo livre em adultos.	VIGITEL					Nº de adultos (> 18 anos) com atividade física suficiente / número de adultos (> 18 anos) residentes na respectiva cidade X 100.
	Reduzir a prevalência do tabagismo no país.	Taxa de prevalência de tabagismo ≤ 15,8% por ano.	Taxa de prevalência de tabagismo ≤ 15,5% por ano.	16 - Prevalência de tabagismo em adultos.	VIGITEL					Nº de adultos (> 18 anos) fumantes por cidade/ Nº 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 54,5% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.	Cobertura de no mínimo 57% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.	17 - Proporção da população 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 equipe: ESF, ESF com saúde bucal modalidade I e ESF com saúde bucal 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 65,28% 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					Nº de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período / Nº de nascidos vivos, no mesmo 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 ≤ 6,0 por 10.000 habitantes.	Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações ≤ 5,7 por 10.000 habitantes.	19 - Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações.	SIH/SUS - IBGE					Nº de internações por diabetes mellitus* e suas complicações na população de 30 anos e 59 anos, em determinado local e período / População de 30 a 59 anos, no mesmo local e período x 10.000. Código SIH/SUS: 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) ≤ 5,2 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					Nº 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.	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade ≤ 4,4%.	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade ≤ 4,0%.	21 - Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade.	SISVAN/IVb					Nº de crianças menores de cinco anos com peso por idade abaixo de Percentual 3 / Nº total de crianças menores de cinco anos acompanhadas pelo SISVAN x 100.
		Percentual de famílias acompanhadas pela atenção básica, beneficiárias do Programa Bolsa Família* 70%.	Percentual de famílias acompanhadas pela atenção básica, beneficiárias do Programa Bolsa Família* 73%.	22 - Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica.	SISVAN					Nº de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência consolidada / Nº total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência consolidada x 100.
7. Saúde do trabalhador.	Aumentar a identificação e a notificação dos agravos à Saúde do Trabalhador a partir da rede de serviços sentinelas em Saúde do Trabalhador, buscando atingir toda a rede de serviços do SUS.	Aumento de 15% em relação ao nº de notificações em 2008.	Aumento de 30% em relação ao nº de notificações em 2008.	23 - Número de Notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador constantes da Portaria GAMMS Nº.777/04.	SIDCAN					Nº absoluto de notificações realizadas relativas aos 11 (onze) agravos constantes da Portaria nº.777/04.
8. Saúde mental.	Ampliar o acesso no tratamento ambulatorial em saúde mental.	Taxa de Cobertura CAPS* 0,62 por 100.000 habitantes (corresponde a 107 novos CAPS).	Taxa de Cobertura CAPS* 0,66 por 100.000 habitantes (corresponde a 86 novos CAPS).	24 - Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicosocial (CAPS) /100.000 habitantes.	CINES - IBGE					Centros de Atenção Psicosocial - CAPS/100.000 habitantes = [(n°CAPS I x 0,9)+(n°CAPS II)+(n°CAPS III x 1,5)-(n°CAPS)-n°CAPSad] / 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.	Habilitação de pelo menos 27 serviços de reabilitação visual nas unidades federativas.	Habilitação de pelo menos 15 serviços de reabilitação visual nas unidades federativas.	25 - Número de serviços de reabilitação visual habilitados pelo Ministério da Saúde.	CINES					Nº total de serviços de reabilitação visual habilitados por UF.
10. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.	Ampliar a rede de prevenção de 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 FomSUS, validado pelo CIB.					Nº de Municípios prioritários da UF com Rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantados / Nº 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.	SIDCAN-NET					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.	Inserir 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).	28 - Número de Estados x Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais.	CIB						Nº 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 ano anterior.	Ampliar em 10% o número Prostatectomias Suprapúbica, em relação ao ano anterior.	Ampliar em 10% o número Prostatectomias Suprapúbica, em relação ao ano anterior.	29 - Número de Cirurgias Prostatectomia Suprapúbica por local de residência.	SIH					

PACTO DE GESTÃO		META BRASIL		INDICADOR	FONTE	METODO DE CALCULO
RESPONSABILIDADES DO PACTO DE GESTÃO	OBJETIVOS	2010	2011			
1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS.	Executar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórias registradas 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 da causa básica de óbito não fetal.	93% de óbitos não fetais informados no SIM com causa básica definida.	94% de óbitos não fetais informados no SIM com causa básica definida.	31 - Proporção de óbitos não fetais informados no SIM com causa básica definida.	SIM	Nº de óbitos não fetais com causa básica definida informada / Total de óbitos não fetais residentes x 100.
	Manter a cobertura vacinal adequada nos serviços de imunizações nos municípios e estados.	95% de cobertura vacinal por tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano.	95% de cobertura vacinal por tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano.	32 - Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano.	SI-API SINASC	Nº de crianças menores de 1 ano vacinadas com a 3ª dose da DTP+Hib / População de menores de 1 ano x 100.
	Realizar os testes a saúde humana de corrente de consumo de água com qualidade microbiológica fora do período de potabilidade.	25% de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.	30% 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.	SISAGUA	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.	Continuar Colegiados de Gestão Regional (CGR).	91% de Colegiados de Gestão Regional (CGR) constituídos em cada estado e informados a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).	100% de Colegiados de Gestão Regional (CGR) constituídos em cada estado e informados a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).	35 - Percentual de Colegiados de Gestão Regional (CGR) constituídos em cada Estado e informados a 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 pelos respectivos Conselhos 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)	UNIÃO: (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 CMS/Nº de municípios do Estado) X100.
4. Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria.	Fortalecer o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) com dados atualizados sistematicamente, visando melhorar a qualidade da informação.	100% de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).	100% de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).	37 - Índice de alimentação 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 do ano x 100.
5. Responsabilidades da educação na saúde.	Ampliar o percentual de CIES em funcionamento, para que essas possam contribuir para o planejamento regional de ações educativas de acordo com as necessidades e realidades locais.	70% 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 ouvidoria 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.	Participam/SUS CES CMS	