

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Natália Schmidt Müller

**O SISTEMA DE PACTUAÇÃO DE INDICADORES (SISPACTO) E SEU APOIO À
GESTÃO EM SAÚDE: uma análise do município de Linha Nova/RS**

**Porto Alegre
2019**

Natália Schmidt Müller

**O SISTEMA DE PACTUAÇÃO DE INDICADORES (SISPACTO) E SEU APOIO À
GESTÃO EM SAÚDE: uma análise do município de Linha Nova/RS**

Trabalho de conclusão de curso de pós-graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Câmara

CIP - Catalogação na Publicação

Müller, Natália Schmidt

O SISTEMA DE PACTUAÇÃO DE INDICADORES (SISPACTO) E SEU APOIO À GESTÃO EM SAÚDE: uma análise do município de Linha Nova/RS / Natália Schmidt Müller. -- 2019.

71 f.

Orientador: Rafael Kruter Flores.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Gestão em Saúde. 2. Indicadores de Saúde. 3. Planejamento em Saúde. 4. Saúde Pública. I. Flores, Rafael Kruter, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico.

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

Natália Schmidt Müller

**O SISTEMA DE PACTUAÇÃO DE INDICADORES (SISPACTO) E SEU APOIO À
GESTÃO EM SAÚDE: uma análise do município de Linha Nova/RS**

Trabalho de conclusão de curso de pós-graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador (a): Nome e Sobrenome

Examinador (a): Nome e Sobrenome

Orientador (a): Nome e Sobrenome

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que, em parceria com o Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB) do MEC, ofereceu o curso de Especialização em Gestão em Saúde na modalidade a distância, integrando o Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP).

Ao seu corpo docente, direção e administração que nos oportunizaram os caminhos rumo a novos conhecimentos técnicos.

Aos tutores e orientadores pelo carinho, dedicação e apoio durante a nossa jornada de formação.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao meu esposo Fredi, meu alicerce. Amo você!

E a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

RESUMO

O trabalho tem como objetivo descrever o impacto dos indicadores do Sistema de Pactuação Interfederativa de Indicadores (SISPACTO) 2017-2021 na construção do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 da Secretaria Municipal de Saúde de Linha Nova/RS. Os dados foram coletados através de análise documental descritiva a partir do levantamento de documentos da Secretaria Municipal de Saúde, referente à elaboração do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e a sua relação com os indicadores do SISPACTO 2017-2021. O estudo permitiu discutir o sistema de saúde e a qualidade das ações municipais. Demonstrou por meio de indicadores de saúde, nas fontes de pesquisa, que muitas estratégias referentes às ações na atenção básica são resolutivas e de qualidade. No entanto, apresentam limitações em ações de vigilância em saúde, no controle do câncer de colo de útero e mama e na proporção de parto normal, por não estarem bem dispostas e discutidas no PMS e com pouca ou inexistente informação no SISPACTO. Concluiu-se que a apoderação dos indicadores de saúde serve como instrumento avaliativo aos gestores e que estes utilizem os Planos Municipais de Saúde de seus municípios como ferramenta construtiva adicional de trabalho, para o processo de gestão, planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde pública.

Palavras-Chave: Gestão em Saúde. Indicadores de Saúde. Planejamento em Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

This study aims to describe the impact of the Interfederative Indicator Pacting System (SISPACTO) 2017-2021 indicators on the construction of the Municipal Health Plan (MHP) 2018-2021 of the Municipal Health Secretary of Linha Nova/RS. The data was collected through descriptive documentary analysis based on the collection of documents from the Municipal Health Department regarding the preparation of the 2018-2021 Municipal Health Plan and its relationship with the SISPACTO 2017-2021 indicators. The study allowed discussing the health system and the quality of municipal actions. It demonstrated through health indicators, in the sources of research, that many strategies regarding actions in basic care are resolute and qualified. However, they present limitations in health surveillance, in the control of cervical and breast cancer and in the proportion of normal childbirth, because they were not well disposed and discussed in the MHP and with little or no information in the SISPACTO. It was concluded that the empowerment of health indicators serves as an evaluation tool for managers and that they use the Municipal Health Plans of their municipalities as an additional constructive tool for the management, planning and evaluation process of health actions and public services.

Keywords: Health Management. Health Indicators. Health Planning. Public Health.

LISTA DE BREVIATURAS E SIGLAS

CENDES – Centro de Desenvolvimento
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
MS – Ministério da Saúde
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PAS – Programação Anual de Saúde
PES - Planejamento Estratégico Situacional
PIB – Produto Interno Bruto
PIAB - Pacto de Indicadores da Atenção Básica
PMS – Plano Municipal de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PPI- Programação Pactuada e Integrada
RAG – Relatório Anual de Gestão
RDQA – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
SARGSUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS
SES – Secretaria Estadual da Saúde
SI – Sistemas de Informação
SIS - Sistemas de Informação em Saúde
SISPACTO – Sistema de Pactuação Interfederativa de Indicadores
SUS – Sistema único de Saúde
TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Princípios do Planejamento do SUS.....	32
Quadro 2 - Indicadores de Saúde avaliados para o município de Linha Nova de 2013 a 2017	43
Quadro 3 - Indicadores de saúde referentes à natalidade	49
Quadro 4 - Indicadores de atendimentos.....	52
Quadro 5 - Indicadores de mortalidade e morbidade.....	56
Quadro 6 - Indicador da vigilância sanitária	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Composição da 23ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul42

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO LEGAL-NORMATIVA.....	19
2.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA ORGANIZAÇÃO	19
2.1.1	Financiamento do SUS.....	21
2.1.2	O SUS e sua Estrutura Regionalizada.....	22
2.1.3	A Programação Pactuada e Integrada	23
2.1.4	O Pacto pela Saúde	24
2.2	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	25
2.2.1	Informações e Indicadores em Saúde.....	26
2.2.2	A Epidemiologia e suas Contribuições para a Gestão em Saúde	29
2.3	PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE	31
2.3.1	O Plano Municipal de Saúde.....	35
2.3.2	O SISPACTO e o Planejamento em Saúde	37
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	40
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
4.1	O MUNICÍPIO DE LINHA NOVA	41
4.2	INDICADORES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LINHA NOVA (2013-2017)	43
4.3	INDICADORES E O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	47
4.3.1	Indicadores de Natalidade	48
4.3.2	Indicadores de Atendimentos.....	51
4.3.3	Indicadores de Mortalidade e Morbidade	55
4.3.4	Indicadores da Vigilância Sanitária.....	60
4.4	INFORMAÇÃO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE	61
5	CONCLUSÃO.....	64
	REFERÊNCIAS.....	66

1 INTRODUÇÃO

A complexidade do trabalho na área da saúde é crescente em razão das mudanças ocorridas nas condições de vida e de saúde da população ao redor do mundo. Portanto, é preciso chamar a atenção para o planejamento das ações em saúde, nas quais o gestor deve articular o político e o técnico-científico no processo de cuidados assistenciais em saúde (DANIEL, 2013).

Partindo desse contexto, espera-se do gestor a capacidade de lidar com complexidades que envolvam a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), pois este deve, de um lado, garantir o acesso universal, a promoção da equidade e o acesso integral à prestação de serviços de saúde, e de outro, encontrar a melhor maneira de obter resolutividade e qualidade das ações a serem produzidas (DANIEL, 2013).

Para garantir que o gestor desenvolva uma visão estratégica em saúde, este deve participar de maneira efetiva do jogo social, mantendo ou aumentando o seu controle sobre os recursos escassos e as suas estruturas. Isto deve ser feito através do Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Matus (FILHO; MÜLLER, 2002). Assim, para Araújo e Biz (2016), a ideia principal é conhecer as condições de saúde de determinada população, bem como o desempenho da assistência e os fatores determinantes, utilizando os chamados indicadores de saúde. E o planejamento é feito a partir desse diagnóstico, porém, não é propriamente uma tentativa de prever situações futuras. Ele deve servir como uma ferramenta de auxílio ao raciocínio administrativo, determinando ações a serem implantadas imediatamente e, conseqüentemente, criando meios de medir os impactos dessas ações na busca de melhorar a situação encontrada na análise situacional.

Ainda sobre o planejamento, trata-se de um processo que depende fundamentalmente do conhecimento da determinada situação de um sistema e da organização das ações e serviços de saúde. Utilizando essa ferramenta se cria a possibilidade de compreender a realidade, os principais problemas e as necessidades da população, permitindo a elaboração de propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação (DANTAS et al., 2013).

Um plano de ação deve partir da análise de situação de saúde que envolve o processo de identificar, formular, priorizar e explicar problemas em saúde de determinada população, com o objetivo de produzir informações e conhecimento

sobre riscos à saúde, as formas de adoecimento e morte da população investigada e a organização e funcionamento da rede assistencial de saúde responsável pela intervenção dos problemas mapeados (DANIEL, 2013).

Neste contexto, pode-se afirmar que uma das questões mais relevantes na política de saúde é a garantia do direito da população à saúde, a partir do acesso universal aos serviços e da integralidade da assistência. Nesse sentido, Machado (2015) nos diz que o uso da análise sistemática da situação de saúde a partir de indicadores pode colaborar para subsidiar a tomada de decisão, a solução de problemas e ajudar na identificação de melhores rumos.

Para isso, é necessário que os gestores públicos conheçam os problemas a serem enfrentados, sejam ágeis e flexíveis, saibam planejar, estruturar, organizar e avaliar as ações realizadas nesse processo. Além disso, precisam ter acesso a informações de natureza técnico-científica e político-institucional para que possam contribuir com o desenvolvimento de novas políticas e projetos capazes de intervir sobre o estado de saúde da população a ser atendida (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

Nesse sentido, as leis brasileiras estabelecem uma sequência de atividades a serem executadas pelos gestores, a fim de elaborar o planejamento da gestão em saúde. Essas atividades, que devem partir de um diagnóstico situacional e devem ser avaliadas periodicamente, estão descritas na Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

Dentre os instrumentos fundamentais do planejamento que devem ser utilizados pelas instâncias gestoras do SUS destaca-se o Plano Municipal de Saúde (PMS). Este deve ser construído coletivamente apresentando as intenções políticas, diretrizes, prioridades, objetivos, quadro de metas, estimativa de recursos e gastos necessários para o alcance das metas do setor saúde. O PMS consolida as políticas e compromissos de saúde em uma determinada esfera de governo, refletindo, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. É elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente, o que deve representar a continuidade das ações e serviços, independentemente das mudanças eleitorais (SALIBA et al., 2013).

A complexidade da gestão do SUS impõe o diálogo democrático sobre os

serviços e espaços coletivos e, sobretudo, o reconhecimento das ações realizadas consideradas positivas que demandam continuidade e permanência, pois toda inovação dependerá do estágio de implantação do SUS, que é singular a cada município. Por outro lado, o gestor não deve conformar-se em manter o instituído, deve enfrentar o desafio de mudar os processos de trabalho e a forma como se faz gestão do sistema e dos serviços de saúde (SALIBA et al., 2013).

Por ser um instrumento de apoio à gestão do SUS que está ligado ao processo de planejamento, o Plano Municipal de Saúde contribui para a consolidação da regionalização da saúde, para a articulação entre gestores, para a tomada de decisão a partir de um diagnóstico detalhado e para fortalecer a capacidade de planejamento e a organização do sistema de saúde (DANIEL, 2013).

Saliba et al. (2013) refere que o PMS se constitui como um documento formal de exigência legal, entretanto, é um instrumento flexível e dinâmico que deve ser consultado, ajustado, executado e não engavetado, objetivando a operacionalização das decisões tomadas para enfrentar problemas e atender as necessidades de saúde da população do município relacionado.

Portanto, é um instrumento que subsidia as ações de planejamento, monitoramento e avaliação de saúde pelo período de quatro anos, conforme as diretrizes do SUS, compreendido como política fundamentada por meio do Pacto da Saúde e devendo estar alinhado ao Plano Plurianual (PPA), à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e à Lei Orçamentária Anual (LOA), o que incrementa a finalidade de garantia de repasse dos recursos financeiros para a prestação de serviços à população (NASCIMENTO; EGRY, 2017).

Além disso, para elaboração de um bom planejamento, deve ser utilizado um sistema de informação que disponibilize dados que produzam informações consistentes, torna possível realizar levantamentos epidemiológicos e conhecer a realidade populacional local e, desse modo, construir um planejamento capaz de gerar ações que respondam as necessidades locais (DANTAS et al., 2013).

Segundo Daniel (2013), informações disponíveis e baseadas em dados confiáveis é a circunstância primordial para se obter uma análise objetiva da realidade sanitária e da programação das ações em saúde. Nesse sentido, as iniciativas para tentar mensurar o estado de saúde da população iniciaram na sociedade através do registro de mortalidade e de sobrevivência.

Com os avanços conquistados ao longo do tempo na área da saúde, como

por exemplo, o controle de doenças infecciosas e o melhor entendimento sobre o real conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise situacional da saúde passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais. Assim, os indicadores em saúde foram concebidos para promover a quantificação e a avaliação dessas informações produzidas (DANIEL, 2013).

Para isso, o Ministério da Saúde (MS) tem se esforçado no intuito de auxiliar os municípios na execução de métodos que permitam a avaliação, o monitoramento e o controle em saúde de forma clara e objetiva. Fazem parte desse processo o Mapa de Saúde, o Sistema de Pactuação Interfederativa de Indicadores (SISPACTO), o PPA, as Programações Anuais de Saúde (PAS), os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (ARAUJO; BIZ, 2016).

Dessa forma, desde 2002, o MS disponibilizou um aplicativo informatizado denominado SISPACTO para pactuação de indicadores, registro e avaliação de resultados e metas propostas para o ano em curso, por parte dos Estados e Municípios com diferentes funcionalidades para cada esfera de gestão (DANTAS et al., 2013).

Em relação ao elenco de indicadores, a primeira Portaria Ministerial que os definiu foi a Portaria GM/MS nº 3925 de 13/11/1998 (BRASIL, 1998), a qual aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica. Desde então, vêm sendo anualmente publicadas Portarias Ministeriais que objetivam auxiliar os gestores no atendimento ao disposto no artigo nº 36 da Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012), a qual dispõe sobre a necessidade da elaboração pelo gestor de relatório detalhado que contenha informações sobre recursos utilizados, auditorias realizadas e a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

O rol de indicadores que compõem o SISPACTO para os anos de 2017-2021, foi estabelecido pela Resolução CIT nº 8, de 24 de novembro de 2016 (BRASIL, 2016a). O conhecimento e a operacionalização do SISPACTO são o mecanismo legal mais recente para a construção de serviços de saúde efetivos e resolutivos, e se constitui em instrumento formal necessário para corresponsabilizar os entes federados com aplicabilidade processual (PINAFO et al., 2016).

Araújo e Biz (2016) relatam que o SISPACTO é uma plataforma eletrônica de pactuação e acompanhamento de indicadores, objetivos, diretrizes e metas, fornecendo um diagnóstico situacional norteador para o PMS e as respectivas programações para o planejamento de gestão em saúde. Ressalta-se que a pactuação de indicadores é uma obrigatoriedade assumida entre os três entes federados (municípios, estados e ministério), no entanto, o exercício de monitorar e avaliar os indicadores, precisa ser uma estratégia de gestão. Para que essa estratégia seja efetivada é necessário que o gestor local esteja comprometido com as metas pactuadas para que possa motivar sua equipe a se empoderar da capacidade de monitoramento e de avaliação dos seus serviços (DANTAS et al., 2013)

O município de Linha Nova/RS conta com Gestão Plena da Atenção Básica e conforme a Portaria GMS Nº 384, de 04 de abril de 2003 (BRASIL, 2003), assumiu a responsabilidade de elaborar o PMS, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos RAGs, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). Ainda, deve realizar a avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente, bem como firmar o Pacto da Atenção Básica e a Pactuação Interfederativa com o Estado.

O PMS vigente do município foi elaborado em 2017, para o período de 2018-2021 conforme o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS) (SARGSUS, 2018) (LINHA NOVA, 2018) e o SISPACTO 2017-2021 foi realizado em 2017 pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Linha Nova (RS, 2018), com monitoramento e ajuste anual. Em razão disso, é necessário que os municípios e seus gestores de saúde se organizem de maneira que as informações geradas pelo SISPACTO sejam efetivamente utilizadas no PMS, pois a sua elaboração deve ser um momento de pausa, pois é um processo que envolve decisões e ações, ou seja, traduzir as decisões em ações gerenciáveis.

Em suma, o presente trabalho visa dar a sua contribuição para o aprimoramento da Gestão em Saúde, referenciando principalmente os gestores dos pequenos municípios. O objetivo geral é analisar o impacto dos indicadores do SISPACTO 2017-2021 na construção do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 da

Secretaria Municipal de Saúde de Linha Nova/RS. A partir disso, descrever e analisar os indicadores do SISPACTO, analisar o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde do município de Linha Nova (RS) e compreender como os indicadores são utilizados no processo de tomada de decisão do gestor público, para elaboração e monitoramento do Plano Municipal de Saúde.

Dessa forma, o presente estudo busca responder ao seguinte problema de pesquisa: os indicadores da ferramenta SISPACTO e as informações produzidas por eles retroalimentaram o processo de construção e elaboração do Plano Municipal de Saúde do município de Linha Nova/RS?

Justifica-se o presente trabalho pelo fato de que, na área da saúde, os indicadores de saúde são utilizados na avaliação de sistemas, serviços, programas e ações em saúde e a utilização dos resultados obtidos a partir do seu uso, permite ao gestor buscar a solução para problemas de saúde. Portanto, o uso dos indicadores na avaliação possibilita ver as partes do todo e verificar se a organização ou uma prática é efetiva e está desenvolvendo os resultados desejados.

Dada a imensidão da demanda, a complexidade dos cenários e diversidade de territórios, utilizar efetivamente uma ferramenta que permita um retrato panorâmico do setor de saúde representa estratégia inerente a uma gestão de qualidade. Nesse contexto, os indicadores em saúde são definidos como uma ferramenta, a qual abrange informações acerca de determinadas características e dimensões referentes a eventos de utilidade para saúde. Eles proporcionam informações mensuráveis tanto para descrever a realidade de saúde quanto para verificar o impacto de um serviço ou programa de saúde. Também é possível mensurar o nível de desempenho de uma política em saúde de acordo com metas pré-estabelecidas.

A utilização intensiva de informação na gestão em saúde é cada vez mais preponderante na qualificação do processo decisório. Ela se configura no fundamento para prática de gestão dos serviços em saúde, uma vez que norteia a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. Em um cenário de vastos dados gerados cotidianamente no âmbito do SUS, não podemos nos furtar da responsabilidade de fazer uso e aplicação das informações disponíveis. Disso depende a efetividade das ações empreendidas no campo do cuidado em saúde.

A falta de planejamento pode comprometer seriamente a gestão, acarretando

em ações desnecessárias e que não atendam aos interesses dos usuários dos serviços de saúde. O planejamento tem papel vital no direcionamento de ações para que se alcancem os objetivos traçados. Sem planejamento, as atividades ocorrem por inércia e os serviços funcionam de maneira desarticulada. É de suma importância que os gestores conheçam os problemas que ocorrem durante o exercício da gestão para que estejam preparados para enfrentá-los, pois a falta de planejamento compromete todo o processo de gerência, resultando em ações desnecessárias ou gastos desnecessários.

O SISPACTO não é o único instrumento delimitador desse processo. Outras fontes podem fazer parte do arcabouço municipal norteador do plano e das programações, bem como, das audiências e relatórios de gestão. No entanto, é uma ferramenta que, se melhor aproveitada, pode facilitar o processo de construção do Plano Municipal de Saúde, das programações, do monitoramento, da avaliação e do controle.

Estes bancos de dados devem ser acessados rotineiramente pelos gestores e suas equipes técnicas, pois são importantes ferramentas para a elaboração, monitoramento e avaliação do PMS, como também para o planejamento de diversas ações e serviços de saúde direcionadas ao enfrentamento dos problemas existentes. O monitoramento dos indicadores de saúde do SISPACTO deve ser uma estratégia de gestão para acompanhar informações prioritárias, as quais trarão projeções de resolutividade, ou não, das intervenções adotadas, além de ser um importante meio de tomada de decisões. Os indicadores são indispensáveis para acompanhar a tecnologia de cuidado exercida pelas equipes e como estas se organizam em seu processo de trabalho.

Dessa forma, torna-se necessário compreendermos como esses indicadores do SISPACTO estão sendo utilizados e como as informações produzidas estão interferindo no processo de tomada de decisão dos gestores públicos, para elaboração e monitoramento do Plano Municipal da Saúde. O aplicativo eletrônico do SISPACTO está disponível na internet, agiliza e facilita o monitoramento de todo o processo de pactuação dos indicadores em tempo real pelos municípios, estados e Ministério da Saúde.

Ainda existem poucos estudos relacionados à utilização dos indicadores do SISPACTO pelos gestores, sendo essa uma estratégia que subsidia os diversos atores que atuam no setor, com informações, as quais já estão disponíveis e que

podem ser utilizadas. A partir dos indicadores de saúde selecionados, pode-se reconstruir e aprimorar os conhecimentos, bem como desenvolver ações individuais e coletivas.

Há necessidade de registrar a contribuição dos indicadores do SISPACTO para a gestão local a partir da construção do PMS e investigar se a estratégia está contribuindo para o planejamento e a tomada de decisões. Torna-se relevante contribuir sobre um tema que é um desafio constante tanto para gestores como para profissionais, que exige dos atores envolvidos conhecimentos específicos, abrangentes e, ao mesmo tempo, acompanhamento e monitoramento detalhado dos indicadores.

A escolha do tema teve origem na minha aproximação profissional com os processos inerentes à pactuação dos indicadores do SISPACTO, a partir de 2015, na função de enfermeira coordenadora da Atenção Básica do município de Linha Nova/RS. Participei e acompanhei momentos ricos de discussão e construção de estratégias e alternativas para melhor subsidiar a equipe local de saúde, desde reuniões com os profissionais, a realização do levantamento das séries históricas, a construção de roteiros, normas e orientações, bem como o auxílio na proposição de metas a serem pactuadas pelo município.

Faz-se necessário compreender a utilidade, os métodos, os impactos e as condutas frente à gestão e o gerenciamento em saúde. Para tanto, os indicadores são uma estratégia de auxílio na gestão, ao traçar um perfil da saúde e munir o serviço de ferramentas que possam capacitá-lo e qualificá-lo, proporcionando um atendimento público em saúde focado nas verdadeiras necessidades.

2 REVISÃO LEGAL-NORMATIVA

A realidade de hoje e o futuro do SUS não estão descolados dos acontecimentos históricos que envolveram o setor saúde no Brasil e no mundo. Então, para compreender como se dá a gestão e o planejamento do SUS é necessário, primeiramente, entender como esse está estruturado e apresentar as peculiaridades inerentes a ele, pois a forma de gestão está diretamente relacionada à maneira como ele foi concebido, aos princípios e pressupostos aos quais ele é regido, a sua forma descentralizada de organização do serviço e as responsabilidades de cada esfera de governo (PESSÔA, 2017).

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA ORGANIZAÇÃO

De acordo com Daniel (2013), o SUS é o sistema de saúde brasileiro instituído a partir da década de 90 e atende a pressupostos como atendimento integral e universal em uma rede de assistência organizada de maneira regionalizada e hierarquizada. O início da construção do Sistema de Saúde Público de caráter universal consolidou-se a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), cujo seu artigo nº 196 garantiu que a saúde é um direito de todos os cidadãos e é um dever do Estado provê-la. Após dois anos, foi aprovada pelo Congresso Nacional, em 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (BRASIL, 1990a). Ela caracteriza um marco importante na história da Saúde no Brasil. Através dela, estruturou-se a organização e o SUS, que garantiu a toda população, sem exceções, uma melhor expectativa de vida. Isso modificou a realidade da prestação pública de serviços à população, que por muito tempo, estava garantida aos trabalhadores formais, seus cônjuges e filhos (DANIEL, 2013).

O texto Constitucional aprovado em 1988, contemplando as expectativas de sanitaristas e usuários que se mobilizavam de norte a sul do país, foi o resultado concreto do processo de mudança, de democratização, caracterizado pelo deslocamento do poder praticamente exclusivo que, por várias décadas, esteve centralizado no Estado. Esta trajetória levou ao renascimento da sociedade civil que teve a capacidade de se articular em um movimento social amplo e impactante, pela motivação e expressão dos diversos atores sociais envolvidos. A criação do SUS representou um novo padrão de proteção social, pois além da universalização do

acesso, o SUS propôs descentralização, gestão única, participação da população e integralidade da atenção, antes assegurada apenas aos segmentos da população incorporada ao mercado formal de trabalho (OTTONELLI, 2004).

A publicação da Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, também dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e cria critérios, tais como o perfil epidemiológico, a programação dos serviços e a participação orçamentária dos municípios, dispõe sobre as instâncias colegiadas que são as Conferências de Saúde e Conselho de Saúde em cada esfera do governo. Esta lei, juntamente com a Lei nº 8.080/90, se transforma em referencial estruturante do SUS (BRASIL, 1990b).

A descentralização política e administrativa das ações e serviços públicos de saúde com direção única em cada esfera de governo é uma das diretrizes mais importantes do SUS, sendo considerada como o princípio norteador deste sistema. A descentralização significa distribuir competências públicas entre diversas entidades administrativas com âmbito próprio de atribuições territoriais e funcionais e com diversos graus de autonomia de gestão (PESSÔA, 2017).

As ações e serviços de saúde devem ser organizados de maneira regionalizada e hierarquizada em níveis crescentes de complexidade. A partir dessa afirmação, admite-se que cada ente federado possui responsabilidades que competem exclusivamente a ele, não podendo ser descartada a hipótese de esses entes trabalharem de forma articulada para promover a saúde no país. Dessa forma, cabem as três esferas de governo a gestão do SUS, em âmbito federal, através do Ministério da Saúde e em âmbito estadual e municipal, através das respectivas secretarias de saúde (DANIEL, 2013).

O decreto nº 7.508 de 2011 (BRASIL, 2011a) também considerado uma legislação importante para o fortalecimento do SUS, regulamenta a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 e dispõe sobre a organização do sistema, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Em relação ao planejamento de saúde, pode-se ressaltar que é considerado um instrumento de extrema importância no SUS, porque é através dele que são observadas as necessidades da população, as mudanças necessárias e os avanços alcançados. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios podem adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu

financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores (PESSÔA, 2017).

2.1.1 Financiamento do SUS

Em relação à forma de financiamento do SUS, a sua constituição orçamentária está estabelecida de forma tripartite, na qual a administração pública em âmbito Federal, Estadual e Municipal dispõe de recursos que a custeiam. A Emenda Constitucional nº 29 determina que estados e municípios aloquem 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas na área da saúde (BRASIL, 2000).

Para efetivação dos repasses dos recursos entre as esferas governamentais, a Lei nº 8080/90 prevê no capítulo I, destinado a tratar de recursos, que “as receitas geradas no âmbito do SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de governo onde forem arrecadadas”. Essas contas especiais foram denominadas de Fundos de Saúde, instituídos legalmente a partir da Lei nº 8142/90. Os recursos existentes, que estão disponíveis nesses fundos são de uso exclusivo para a saúde, repassados de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Dessa forma, o processo de financiamento da saúde é agilizado, constituído de forma descentralizada e articulada, e também garante que os recursos repassados não sejam alocados para outras áreas da administração pública, garantindo a destinação do recurso somente para a saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; DANIEL, 2013).

Para que ocorram as transferências dos recursos para saúde do FNS para os Fundos dos Estados e Municípios, é necessário que esses entes preencham alguns requisitos que estão previstos na Lei nº 8142/90. São eles: criar o fundo de saúde; possuir um plano de saúde; criar um conselho de saúde; relatórios de gestão; a contrapartida de recursos para saúde; a instituição de uma comissão de elaboração de plano de carreira, cargos e salários (BRASIL, 1990b). Esse processo estabeleceu progressivamente as estratégias para a organização e o funcionamento do sistema, através de um processo de descentralização político-administrativa, cuja ênfase se dava nas diferentes modalidades de habilitação dos estados e municípios, tipos de serviços e modalidades de financiamento, pavimentando o caminho para o processo de regionalização das ações e dos serviços de saúde (CARVALHO et al., 2017).

2.1.2 O SUS e sua Estrutura Regionalizada

A regionalização do SUS trata-se de uma estratégia prioritária, com o objetivo de garantir o direito à saúde. Além disso, o processo de regionalização da saúde busca a otimização dos recursos e racionalização dos gastos, a redução das desigualdades sociais e territoriais, a promoção de atendimento integral e de equidade, e por fim, potencializar o processo de descentralização da saúde. O processo de regionalização deve ser planejado de forma integrada, contemplando as noções de territorialidade, de maneira a identificar prioridades de intervenção, com o desígnio de garantir o acesso à população aos serviços necessários para a manutenção da saúde (DANIEL, 2013).

A publicação da Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, no seu artigo 18 descreve sobre ações de controle e avaliação do gestor municipal. Enfatiza ainda no parágrafo 1º, artigo 36, que o gestor municipal é o principal responsável pela execução dos serviços e ações de saúde, dispõe que o planejamento e os planos de saúde, com suas programações que devem ser ascendentes. Estes artigos são suporte à proposta da Pactuação Regional dos Indicadores da Atenção Básica (BRASIL, 1990a).

A busca pela descentralização e regionalização do SUS acarretou na transferência de maior responsabilidade aos municípios. A questão da municipalização da saúde foi colocada em pauta nas Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1996. A municipalização da saúde pode ser entendida como a busca da plena responsabilidade da esfera municipal no fornecimento de serviços de saúde aos cidadãos. Dessa forma, o poder municipal responsabiliza-se e também pode ser responsabilizado a respeito de seus atos de gestão (BRASIL, 1996).

O sistema de saúde municipal deve atender à sua população de forma integral, garantindo o acesso aos serviços de saúde. Nessa NOB estão estabelecidas as responsabilidades do gestor municipal referentes à sua modalidade de gestão. Nela, foram definidas duas habilitações aos municípios: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal de saúde (BRASIL, 1996). Mediante a habilitação a uma destas modalidades de gestão o município receberá a transferência regular, a autonomia dos recursos do Piso da Atenção Básica (PAB)

fixo, a vigilância sanitária, as ações básicas de vigilância epidemiológica e do controle de doenças será o PAB variável (OTTONELLI, 2004).

Na gestão plena da atenção básica, cabe aos municípios elaborarem a programação municipal dos serviços básicos de saúde, a prestação de serviços relacionados ao PAB, a reorganização das unidades sob gestão pública, entre outras atribuições. Como principais requisitos para que os municípios sejam habilitados neste modelo de gestão, pode ser citada a comprovação do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, a comprovação da operação do Fundo Municipal de Saúde (FMS), a apresentação do PMS e a participação no processo de implantação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) no Estado (BRASIL, 1996).

2.1.3 A Programação Pactuada e Integrada

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) trata-se de um processo de trabalho, instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, que está em conformidade com o planejamento das ações em saúde. Nela, são definidas e quantificadas as ações e serviços em saúde a serem prestados à população no seu território. Através da PPI também se realiza o pacto entre gestores, garantindo o acesso integral à saúde. Para garantir a coerência da programação da assistência é necessário que se vá além da dimensão financeira de repasse de recursos entre entes federados. Para ter uma programação efetiva é necessário que seja realizado um levantamento prévio que viabilize a análise da situação de saúde, o levantamento dos problemas do quadro sanitário e do desenho das alternativas e estratégias de sua superação, a definição dos objetivos e prioridades, das ações a serem desenvolvidas, das análises de viabilidade técnica, econômica e política, que são essenciais para se garantir a coerência externa do processo de programação (BRASIL, 2006a).

A realização efetiva da PPI deve buscar os seguintes quesitos (BRASIL, 2006a):

- a) as necessidades populacionais vistas com base em informações demográficas e epidemiológicas, validada por consensos sociais e por consulta a especialistas;
- b) levantamento de problemas das necessidades e indicação de soluções e

- ações assistenciais pertinentes ao enfrentamento;
- c) desenho dos modelos de atenção;
- d) proposta de alocação dos recursos em saúde;
- e) acompanhamento da execução das ações;
- f) avaliação de impacto.

As diretrizes do processo de programação devem enfatizar a coerência com os Planos de Saúde, com o Plano Diretor de Investimentos, com o Plano Diretor de Regionalização, bem como com as metas e objetivos do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a).

2.1.4 O Pacto pela Saúde

No decorrer dos anos, muitos instrumentos surgiram para regulamentar, monitorar, avaliar e implantar as ações que compõem as políticas públicas de saúde do país. Dentre estas podemos destacar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, que durante os anos de 1999 a 2006 norteou o rumo da atenção básica no Brasil e serviu de base para criação de novos instrumentos como o Pacto pela Saúde (DANTAS; SANTOS, 2013).

No decorrer da década de 90, surgiram várias NOB e Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), com o objetivo de nortear o processo de descentralização do SUS. O formato rígido da NOB 01/96 dificultava os arranjos necessários para o estabelecimento da regionalização do SUS. Visto isso, em 2006 foi instituído o Pacto pela Saúde. Esse pacto deve ser revisado ano a ano e mudanças devem ser feitas de acordo com as necessidades da população (DANIEL, 2013).

Para Dantas e Santos (2013), o Pacto pela Saúde propõe-se a ser um instrumento formal de negociação entre gestores das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), tendo como sujeito das negociações, as metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados, criando uma nova forma de condução da gestão do SUS. O Pacto pela Saúde está dividido em três componentes e pretende ser gerido de forma simultânea, articulada e integrada, são eles: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006b; DANIEL, 2013).

O Pacto pela Vida é composto por compromissos sanitários, em que são pactuadas metas e resultados de acordo com a análise da situação do país e das prioridades definidas pelas três esferas de governo. Já o pacto em Defesa do SUS traz a inclusão da sociedade como consequência de um movimento de politização da saúde e a garantia de recursos disponíveis para o setor da saúde de acordo com as necessidades do sistema. Por fim, o Pacto de Gestão do SUS tem como objetivo determinar claramente as responsabilidades de cada ente federado, contribuindo para a efetivação da gestão compartilhada da saúde (BRASIL, 2006b).

Através de suas três dimensões, o Pacto pela Saúde visa à reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão para alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefiniu responsabilidades coletivas por resultados sanitários, em função das necessidades de saúde da população e da busca pela equidade social (BUENO et al., 2013).

Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, o monitoramento do Pacto pela Saúde deve ser um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem os Termos de Compromisso de Gestão e os cronogramas pactuados, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações de apoio para a qualificação do processo de gestão. Dessa forma, o gestor municipal deve gerir os sistemas de informação em saúde de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação em saúde (DANTAS; SANTOS, 2013).

2.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Na área da Saúde, equilibrar os gastos e, concomitantemente, promover a qualidade e o acesso aos serviços é uma preocupação crescente aos profissionais da área, governos, consumidores, entre outros setores. O uso de Sistemas de Informação (SI) nesse ambiente possui grande potencial para melhorar a relação custo-eficácia, qualidade e acessibilidade aos cuidados em saúde (DANIEL, 2013).

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na área da Saúde têm sido utilizadas em Sistemas de Informação Hospitalar, Prontuário Eletrônico e

Telemedicina, tendo um enorme potencial para propulsionar melhorias que envolvem ganhos de qualidade e acessibilidade no que tange aos cuidados em saúde e a melhoria considerável do custo-benefício. No contexto brasileiro, destaca-se também o uso das TICs na esfera pública de saúde, promovendo uma gestão mais qualificada das informações neste âmbito, com o intuito de apoiar os gestores no momento de planejar e desenvolver políticas públicas (DANIEL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) como um SI que integra a coleta, o processamento, a comunicação e o uso de informações fundamentais para aperfeiçoar a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde, por meio de uma melhor gestão a todos os níveis de saúde. Esse tipo de sistema produz informações relevantes e de qualidade para apoiar a gestão e o planejamento de programas em saúde (WHO, 2004).

De acordo com Brasil (2009b), esse tipo de SI deve apoiar o planejamento, as decisões e as ações promovidas pelos gestores em determinado nível decisório, seja ele municipal, estadual ou federal. Esses sistemas são constituídos por diversos subsistemas, que possuem o propósito de facilitar a “formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões”. A análise dos dados dos SIS permite a construção de importantes indicadores em saúde para o delineamento do perfil de saúde de uma região (BRASIL, 2009b, p.63).

2.2.1 Informações e Indicadores em Saúde

A primeira norma a introduzir o uso de indicadores na gestão da saúde foi a Portaria GM/MS nº 3925/98, a qual aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica no SUS e criou o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (PIAB) para acompanhar e avaliar resultados obtidos na implementação das suas ações. Em continuidade, a Portaria GM/MS nº 476/99 (BRASIL, 1999) determinou a necessidade de avaliação do desempenho dos indicadores ao fim de cada exercício e que as metas dos indicadores pactuados deveriam fazer parte do Plano Municipal de Saúde (BRASIL, 1998; MACHADO, 2015).

Para Sauter (2012) apud Machado (2015), o Pacto da Atenção Básica teve como objetivo a incorporação da avaliação e do monitoramento no cotidiano da gestão do SUS e foi importante para a organização dos serviços e práticas de

trabalho, bem como para a mudança das condições de vida da população. A análise de situação de saúde foi utilizada para identificação dos problemas de saúde e no estabelecimento de metas a serem alcançadas por gestores do sistema.

A NOAS/SUS 2001 estimulou o uso de indicadores de desempenho no processo de obtenção de habilitação dos municípios e de recursos financeiros do PAB ampliado, conforme a NOB/SUS 01/96, e estabeleceu como prioridades a avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; a relação com os prestadores de serviços; a qualidade da assistência e satisfação dos usuários e, principalmente, os resultados e impacto sobre a saúde da população (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001).

O PAB constituiu o esforço de se incorporar à gestão do sistema a avaliação em saúde articulada com os processos de programação, com a função primordial de estabelecer coerência na condução da Atenção Básica entre as esferas de gestão do SUS, na perspectiva da potencialidade de mobilização e integração desse nível de atenção (MACHADO, 2015).

A utilização intensiva de informação na gestão em saúde é cada vez mais preponderante na qualificação do processo decisório. Ela se configura no fundamento para prática de gestão dos serviços em saúde, uma vez que norteia “a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças” (BRASIL, 2009b, p.63). São também de interesse para saúde dados e informações produzidos em outros setores governamentais, competindo ao gestor de saúde articular essas interações intersetoriais (BRASIL, 2009b).

Informações disponíveis e baseadas em dados confiáveis é circunstância primordial para obter uma análise objetiva da realidade sanitária e da programação das ações em saúde. As iniciativas para tentar mensurar o estado de saúde da população iniciaram na sociedade através do registro de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços conquistados ao longo do tempo na área da saúde, como por exemplo, o controle de doenças infecciosas e o melhor entendimento sobre o real conceito de saúde e de seus determinantes populacionais a análise situacional da saúde passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais. Assim, os indicadores em saúde foram concebidos para promover a quantificação e a avaliação dessas informações

produzidas (DANIEL, 2013).

Nesse contexto, os indicadores em saúde são definidos como medidas-síntese, a qual abrange informações acerca de determinadas características e dimensões referentes a eventos de utilidade para saúde. Eles proporcionam informações mensuráveis tanto para descrever a realidade de saúde quanto para verificar o impacto de um serviço ou programa de saúde. Também é possível mensurar o nível de desempenho de uma política em saúde de acordo com metas pré-estabelecidas (ESCRIVÃO JUNIOR, 2012).

O uso de indicadores socioeconômicos, demográficos e de saúde nos permite conhecer as características de uma determinada população e sua evolução ao longo do tempo no território. O acesso aos indicadores, obtidos de sistemas de informação, aumentam a capacidade da gestão em intervir em nós críticos, ou seja, nos problemas que, se enfrentados, farão grande diferença na transformação da realidade (GARCIA; REIS, 2016).

Entende-se que uma das questões mais relevantes na política de saúde é a garantia do direito da população à saúde, a partir do acesso universal aos serviços e da integralidade da assistência. Nesse contexto, a análise sistemática da situação de saúde a partir do uso de indicadores pode colaborar para subsidiar a tomada de decisão, a solução de problemas e ajudar a identificar melhores rumos (MACHADO, 2015).

Os tipos de indicadores em saúde essenciais modificam-se na sociedade de acordo com a transformação da concepção do conceito saúde-doença e também de acordo com as demandas emergentes que surgem, cabendo ao gestor, tendo em vista a realidade enfrentada, munir-se de informações importantes para promover a gestão do sistema de saúde (ESCRIVÃO JUNIOR, 2012).

Vale ressaltar que a disponibilidade de informações não garante a assertividade das ações. Aquele que se utiliza das informações deve ser capaz de fazer perguntas pertinentes, que possibilitem mapear adequadamente o cenário e definir os objetivos pretendidos. A lógica é reduzir ao máximo as incertezas para decidir, baseando-se em evidências. Faz-se necessário, portanto, conhecer o usuário dos serviços, os territórios, as inter-relações com o meio ambiente, características socioculturais, entre outras (GARCIA; REIS, 2016).

É comum que se execute ações que envolvem a assistência em saúde, mas essas ações nem sempre englobam as questões ambientais que geralmente

influenciam na mudança de indicadores ao longo do tempo, que podem alterar o padrão de ocorrência das doenças, modificando a estrutura epidemiológica, que se apresenta de forma dinâmica. No entanto, mesmo que mudanças acerca do que é primordial em determinado local e período ocorram, ainda é possível estabelecer estratégias a longo prazo em formato de programação de ações, fazendo-se uso da Epidemiologia, que analisa a distribuição das doenças segundo as vertentes de tempo, espaço e pessoas. Seus dados permitem identificar populações e fatores de risco e combatê-los de forma mais eficaz (ARAUJO; BIZ, 2016).

2.2.2 A Epidemiologia e suas Contribuições para a Gestão em Saúde

A pactuação de indicadores introduz no final da década de 90 a utilização da epidemiologia como instrumento de avaliação e monitoramento dos sistemas locais (OTTONELLI, 2004). A Lei nº 8.080, capítulo 2, art. 7º, item VII, dispõe sobre uma das diretrizes do SUS, a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (BRASIL, 1990a).

A epidemiologia atual caracteriza-se como uma disciplina que se apodera de estudos quantitativos, com o intuito de estudar a ocorrência de doenças nas populações humanas em busca de informações para definir estratégias de prevenção e controle de doenças. Trata-se de uma ciência fundamental para a saúde pública e pode contribuir de forma decisiva na melhoria da saúde da população (DANIEL, 2013).

A epidemiologia também é utilizada para descrever o estado de saúde de grupos populacionais específicos. Os gestores estando em poder do conhecimento a respeito das doenças que incidem sob dada população, terão subsídios para otimizar a utilização de recursos em saúde em programas curativos e preventivos que são prioritários para a população pesquisada (DANIEL, 2013).

Em contrapartida, quando se pensa na gestão de ações e serviços em saúde, é necessário ao gestor poder responder a algumas questões pontuais e de grande importância, são elas (ESCRIVÃO JUNIOR, 2012, p.18):

- Como e por que a população adoece?
- Como e por que a população se cura?
- Como e por que a população é atendida?

– Quanto custa a atenção em saúde?

A epidemiologia pode contribuir de diversas formas na gestão da saúde. Segundo Daniel (2013), as principais formas que essa área de conhecimento pode cooperar são as seguintes: para a análise da situação de saúde, para vigilância epidemiológica e para avaliação de serviços, programas e tecnologias.

A análise de situação de saúde envolve o processo de identificar, formular, priorizar e explicar problemas em saúde de determinada população, com o objetivo de produzir informações e conhecimento sobre riscos à saúde, as formas de adoecimento e morte da população investigada e também a organização e o funcionamento da rede assistencial de saúde responsável pela intervenção dos problemas mapeados (ESCRIVÃO JUNIOR, 2012, apud DANIEL, 2013).

A vigilância epidemiológica caracteriza-se como um instrumento de análise contínua de ocorrência de doenças e problemas de saúde de notificação compulsória, visando subsidiar programas de gerenciamento de intervenção. A finalidade da vigilância epidemiológica pode ser caracterizada como um instrumento que fornecerá informações relevantes aos serviços de saúde no momento da elaboração e implementação de programas e também no desenvolvimento de ações intervencionistas para o controle dessas doenças (ESCRIVÃO JUNIOR, 2012).

De acordo com Escrivão Junior (2012, p.22) o equilíbrio entre necessidade, oferta e demanda em saúde está diretamente relacionada ao nível de conhecimento “a seu respeito nos diversos grupos populacionais e das características de seus sistemas de saúde, principalmente a relação entre componentes públicos e os privados no financiamento de ações setoriais”. De acordo com o autor as demandas em saúde a população são imensuráveis. Dessa forma, para maximização dos recursos, a oferta de serviços de saúde deve atender aos determinantes de saúde inerentes a cada sociedade, admitindo as variações expressivas existentes entre grupos sociais. A oferta de serviços em saúde pode vir a ser influenciada pela informação da utilização desses serviços através de séries históricas, refletindo o perfil de necessidade do presente a partir do *feedback* do passado.

A análise de saúde da população permite que a equipe de gestão organize uma rede estruturada para sanar os principais agravos. Nesse contexto, o Decreto nº 7.508/2011 institui a formulação do Mapa da Saúde, descrito como uma caracterização dos recursos humanos, ações e serviços de saúde ofertados a partir

da capacidade instalada do território e dos indicadores epidemiológicos (BRASIL, 2011a; FERREIRA et al., 2018).

Na área da saúde, além de estudos sobre determinantes da situação de saúde e da avaliação da eficácia de procedimentos e diagnósticos, constata-se um crescente interesse no uso da epidemiologia na avaliação “de sistemas, serviços, programas e ações em saúde”. A utilização da epidemiologia no processo de avaliação permite ao gestor buscar a solução para problemas, tais como: que serviços serão oferecidos; que tipo de habilidade o serviço requer; como organizar os processos. Portanto, o uso da epidemiologia na avaliação permite ver as partes do todo e verificar se a organização ou uma prática é efetiva e está desenvolvendo os resultados desejados (ESCRIVÃO JUNIOR, 2012 p.23).

A avaliação é um dispositivo de produção de informação e as informações obtidas devem ser consideradas como ferramentas de negociação e de respostas a enfrentamentos de problemas. A informação para a saúde é entendida como conhecimento construído através de um conjunto de dados ou o resultado de uma análise e da combinação de vários dados, o que implica em interpretação (DANTAS; SANTOS, 2013).

Sendo assim, os indicadores gerados a partir dos dados epidemiológicos de saúde são instrumentos valiosos na gestão pública, podendo subsidiar ações em todos os níveis da rede de atenção à saúde. Neste sentido, a epidemiologia é considerada como um conhecimento fundamental que, articulado a outros conhecimentos, orienta o planejamento, a gestão e as intervenções assistenciais e preventivas (PEREIRA e TOMASI, 2016).

2.3 PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

A gestão do SUS no município envolve um conjunto de atividades políticas, técnicas e administrativas, que são desenvolvidas com o intuito de assegurar o planejamento, a organização e o controle do sistema e dos serviços de saúde. Desta forma, cabe ao gestor de saúde a tarefa de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde (PINAFO et al, 2016).

Acrescenta-se que o processo de gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício

de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, entre outras. Como parte integrante deste processo, todas as ações desenvolvidas nos três níveis de assistência serão realizadas com base no planejamento em saúde, pactuação de metas e indicadores (AGUILAR, 2015).

O planejamento é definido por Daniel (2013) como o processo de delinear, executar e monitorar um grupo de propostas de ação com o intuito de intervir sobre um específico recorte da realidade. Ele representa um instrumento que busca a racionalização da ação humana. Essa ação é efetuada por atores sociais e se orienta pela intenção de manter ou modificar uma situação específica.

De acordo com Brasil (2016b), o planejamento do SUS possui sete princípios, que orientam os gestores das três esferas para a organização das atividades de planejamento:

Quadro 1 - Princípios do Planejamento do SUS
O planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua.
O planejamento do SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral.
O planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite.
O planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS.
O planejamento deve ser ascendente e integrado.
O planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde.
O planejamento deve partir das necessidades de saúde da população.

Fonte: BRASIL (2016b).

O gestor de saúde deve ser responsável por conduzir as políticas de saúde de acordo com as determinações constitucionais e legais do SUS e a dar resposta às necessidades de saúde da população. O desempenho técnico do gestor demanda conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde exigindo um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessárias à condução de políticas na área da saúde (PINAFO et al, 2016).

Dessa forma, Daniel (2013) nos coloca que a atenção ao planejamento das ações em saúde se faz necessária em decorrência do crescimento da complexidade do trabalho na área como resposta às mudanças ocorridas nas condições de vida e de saúde da população ao redor do mundo. Tendo em vista essa perspectiva, pode-se considerar a realização de campanhas sanitárias e programas de controles de doenças, intervenções em saúde iniciais no Brasil colônia, iniciativas que já incluíam atividades de planejamento.

As informações, para Ottonelli (2004), quando obtidas regularmente e analisadas, podem se constituir em matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuável dos serviços, também chamada de monitoramento, ou num estágio mais avançado de organização/reorganização dos serviços de saúde, ou como uma sala de situação para o planejamento.

A ação de planejar na área da saúde acarreta a proposição de um plano. O plano contém um projeto futuro de ação orientada, uma proposta de otimização do trabalho a ser executado. Tem como finalidade racionalizar o trabalho em saúde e também de instruir a gestão, visto que o objetivo do planejamento é instruir e o da gestão é pôr em prática essa instrução a respeito das intervenções em saúde a serem executadas (DANIEL, 2013).

Os gestores públicos da era SUS enfrentam desafios de grande complexidade para administrar a saúde. O gestor “para obter alta resolutividade e qualidade técnico-científica das ações [...] passa a requerer uma competência específica” (PAIM, 1999, p.248) de associar o conhecimento científico atual a respeito das intervenções em medicina e saúde pública, não se esquecendo de manter o discernimento crítico de gestor de “compreender as decisões quanto à intervenção apropriada nos processos saúde-doença nas duas esferas que agora se entrecruzam (individual e populacional)” deve contemplar a administração da oferta e consumo dos serviços, no formato demanda individualizada por cuidados e outros serviços (PAIM, 1999, p.248).

Somente com base no amplo desenvolvimento científico e tecnológico visto na segunda metade do século XX, as mudanças ocorridas na prestação de serviços e na organização dos sistemas de saúde, é que a prática do planejamento tornou-se uma urgência amplamente reconhecida. Esse reconhecimento acarretou a atenção de entidades internacionais de cooperação técnica, a exemplo a OMS, com o objetivo de gerir propostas metodológicas que pudessem subsidiar a administração

pública dos serviços e sistemas de saúde. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na década de 60 financiou a elaboração do método CENDESOPAS, desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento (CENDES) e considerado um marco no surgimento de um pensamento próprio para área de planejamento em saúde (DANIEL, 2013).

Esse planejamento é marcado pelo viés economicista, que determinava o diagnóstico da saúde, a construção de indicadores do nível de saúde, a partir do levantamento e sistematização de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais, enfatizando a identificação, descrição e quantificação de variáveis populacionais, como uma primeira e imprescindível etapa para o conhecimento das principais doenças e agravos à saúde que atingem uma determinada população, os grupos mais afetados, as faixas etárias mais atingidas e os riscos mais relevantes (TEIXEIRA, 2010, p.19).

A perspectiva proposta por esse método fundamenta-se no levantamento de informações, que possibilitam a criação de indicadores de saúde. Esse método de planejamento, apesar de possuir limitações e caráter normativo, pode ser vislumbrado atualmente na área da saúde. Como exemplo, pode-se citar o processo de programação das ações em saúde que visa à racionalização dos recursos limitados (TEIXEIRA, 2010 apud DANIEL, 2013).

Segundo Daniel (2013), na década de 70, e primordialmente na década de 80, foi desenvolvido por Carlos Matus o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Matus afirma que o ato de planejar significa pensar antes de promover a ação, pensar de forma sistemática, com método; explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens; propor-se objetivos. O planejamento nada mais é que uma ferramenta de previsão do futuro, apesar de não ser possível predizê-lo, o que se pode fazer é enumerar possibilidades que poderão ocorrer a médio e a longo prazo, e através dessas previsões, poder definir que medidas serão tomadas se de fato ocorrer tal situação.

Conforme a normatização do MS, os processos de elaboração de programações de ações municipais de Saúde ocorrem anualmente. Esse ciclo, em verdade, deve servir para auxiliar a organização do planejamento, sem que se torne mera formalidade para cumprimento de exigências administrativas do SUS. A redação periódica de planos estratégicos é comumente uma tarefa exaustiva, que acaba exigindo dos técnicos atividades que vão além daquelas comumente

atribuídas. A elaboração é um momento de pausa para um processo que envolve decidir como agir e traduzir as decisões em ações gerenciáveis (ARAÚJO; BIZ, 2016).

Como instrumentos para apoiar a gestão do SUS ligados ao processo de planejamento, têm-se os seguintes: a agenda de saúde, o PMS, o RAG, as PPIs e o PPA. Esses instrumentos contribuem para a consolidação da regionalização da saúde, para a articulação entre gestores, para a tomada de decisão, a partir de um diagnóstico detalhado e para fortalecer a capacidade de planejamento e a organização do sistema de saúde (BRASIL, 2002).

2.3.1 O Plano Municipal de Saúde

O Plano Municipal de Saúde é referido pelo Ministério da Saúde no Sistema de Planejamento do SUS como o principal instrumento de gestão, sendo base para definição e implementação de todas as iniciativas em âmbito da saúde, ao mesmo tempo em que deve orientar a definição do PPA. Por sua vez, o RAG é o instrumento que possibilita a avaliação contínua dos resultados alcançados pela implementação do PMS, indicando eventuais ajustes necessários e orientando a elaboração da PAS subsequente (BRASIL, 2009a).

Segundo a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, atribui-se à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (inciso XVIII do Art. 16). A referida Lei dedica o seu Capítulo III ao planejamento e orçamento. Nos parágrafos 1º e 2º do Art. 36, são definidas a aplicabilidade dos planos de saúde e o financiamento das ações dele resultantes. O primeiro parágrafo estabelece que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (BRASIL, 1990a).

No PMS são expressos os objetivos, as diretrizes e as metas a serem alcançadas no período de quatro anos, por meio da PAS e do RAG. O PMS auxilia na elaboração do PPA, LDO e LOA, que são sistematizados pela gestão municipal e contêm o planejamento e o orçamento para a execução de todas as áreas do município, inclusive as da saúde (PINAFO et al., 2016). O PMS é o instrumento fundamental para a consolidação e regulamentação do processo de

descentralização político-administrativa no âmbito do SUS, refletindo, portanto, a responsabilidade municipal com a saúde da população, representando um meio de efetivação e valorização da função gestora em cada unidade federada (SALIBA et al., 2013).

O PMS além de ser uma exigência legal e formal e requisito para que os municípios recebam recursos provenientes do FNS é, também, o instrumento que guia todas as medidas e iniciativas na esfera de gestão do SUS, além de promover o controle social (BUENO et al., 2013). Para Schons (2015) o PMS deve ser o primeiro instrumento a ser organizado, no primeiro ano da gestão municipal, configurando-se como um instrumento essencial para a concretização do SUS. O Plano funciona como uma espécie de trajetória a ser seguida pelas Secretarias Municipais de Saúde, a fim de atingir a sua missão.

A elaboração do PMS deve iniciar pelo diagnóstico das características gerais do município que deverá conter a descrição da situação geral, apresentando dados desde sua origem e formação, localização, demografia, distribuição de renda, escolaridade, oferta de recursos humanos na área da saúde, organização do sistema de saúde local, até suas condições de saúde, indicadores, rede ambulatorial e hospitalar instalada, além de informações sobre saneamento, rede de água e esgoto, coleta de lixo, enfim, tudo que possa influenciar na qualidade de vida dos residentes (SALIBA et al., 2013).

Segundo o caput 3º da Portaria nº 2.135 de 2013, a elaboração do PMS é orientada pelas necessidades de saúde de população considerando: I) a análise situacional orientada por estrutura do sistema de saúde, redes de atenção à saúde, condições sócio-sanitárias, fluxos de acesso, recursos financeiros, gestão do trabalho e da educação na saúde, ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão; II) a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e III) o processo de monitoramento e avaliação. Estes elementos têm que estar presente na estrutura do Plano (BRASIL, 2013). Além disso, o PMS deve proceder a uma revisão anual, em função de novas metas de gestão e adequação à dinâmica da política de saúde (SALIBA et al., 2013). Todo o plano necessita de revisões sistemáticas, e exige um acurado sistema de monitoramento, controle e acompanhamento para permitir a avaliação (SCHONS, 2015).

O PMS prevê o financiamento das ações e serviços de saúde em conformidade com as especificidades da esfera de gestão. Desta maneira, é

importante que sua elaboração ocorra de forma participativa, a partir de uma análise estratégico-situacional, para que a comunidade e/ou seus representantes mencionem e decidam quais os principais problemas de saúde presentes no município, minimizem os conflitos de interesse, definam quais ações prioritárias a serem realizadas, e, quais as estratégias exequíveis de intervenção no modelo de atenção à saúde devam ser promovidas, por meio do planejamento em saúde (SALIBA et al., 2013).

Dessa forma, o plano, além de seu papel social, representa um instrumento imprescindível para orientar o gestor. Ele torna-se uma espécie de guia de trabalho do gestor no sentido do estabelecimento de ações, metas e objetivos. O PMS toma como ponto de partida a realidade do município e permite uma melhor aplicação dos recursos, diminuindo custos desnecessários e permitindo transparência no gerenciamento e no planejamento da saúde (SCHONS, 2015).

O PMS é um instrumento estratégico para o funcionamento do planejamento do SUS. Para tanto, devem ser elaborados através de um processo organizado, com participação e conexo. Outrossim, o plano de saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde, sendo base a execução do monitoramento, da avaliação e da gestão do sistema de saúde (PESSÔA, 2017).

Como ferramentas que podem fazer parte do arcabouço municipal e que norteiam o PMS, temos os Mapas de Saúde, o RDQA, o RAG e o SISPACTO, sendo que o último pode facilitar o processo de construção do Plano, do planejamento, das programações, do monitoramento, da avaliação e do controle (ARAUJO; BIZ, 2016).

2.3.2 O SISPACTO e o Planejamento em Saúde

Desde 2002, o Ministério da Saúde disponibilizou para facilitar e agilizar a pactuação em âmbito nacional, um aplicativo informatizado denominado SISPACTO para pactuação de indicadores, registro e avaliação de resultados e metas propostas para o ano em curso, por parte dos Estados e Municípios com diferentes funcionalidades para cada esfera de gestão (DANTAS; SANTOS, 2013).

SISPACTO é a sigla utilizada para nomear uma plataforma eletrônica de pactuação e acompanhamento de indicadores, objetivos, diretrizes e metas. Ela contém os resultados alcançados no ano anterior e as propostas de metas do ano em curso. Essa ferramenta serve para medir o desempenho de um sistema

municipal pelo acompanhamento das metas, bem como, estimula a execução de esforços para o alcance das metas pactuadas (ARAÚJO; BIZ, 2016).

O SISPACTO é o sistema que permite o registro de metas pactuadas por municípios, regiões de saúde, estados e Distrito Federal, visando ao fortalecimento do planejamento do SUS e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). O sistema também oferece outras funcionalidades, acessíveis aos gestores de acordo com os seus perfis de acesso: visualização, validação e homologação de pactuações; reversão de validações; reversão de homologações e relatórios para o monitoramento do processo (GARCIA; REIS, 2016).

Dantas e Santos (2013) apontam que o SISPACTO substituiu as pactuações que ocorriam de forma tripartite, através de portarias e fluxos publicados pelo MS por um aplicativo eletrônico que está disponível na internet e que agiliza e facilita o monitoramento de todo o processo de pactuação dos indicadores em tempo real pelos municípios, estados e MS.

O rol de indicadores que compõem o SISPACTO para os anos de 2017-2021, foi estabelecido pela Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) N° 8, de 24 de novembro de 2016 (BRASIL, 2016a). A operacionalização do SISPACTO é o mecanismo legal mais recente para a construção de serviços de saúde efetivos e resolutivos, e se constitui em instrumento formal necessário para corresponsabilizar os entes federados com aplicabilidade processual (PINAFO et al., 2016).

Conforme Machado (2015), o uso dos indicadores do SISPACTO é uma das estratégias utilizadas pela instância nacional do SUS para acompanhar o desempenho dos sistemas locais de saúde, por se entender que existe um compromisso da gestão do sistema em obter resultados que exerçam impacto sobre a situação de saúde da população.

O monitoramento deve ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno. Tratando-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nesta área que visa à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos (DANTAS; SANTOS, 2013).

No entanto, é necessário que as regiões de saúde e seus entes municipais se

organizem de maneira que as informações geradas pelo SISPACTO sejam efetivamente utilizadas no PMS e nas respectivas programações de saúde. Sendo assim, o SISPACTO deve oferecer, no primeiro semestre de cada ano, os resultados dos indicadores do ano anterior, bem como as metas tanto para o ano corrente quanto para o ano seguinte, para que sirva como efetivo instrumento de planejamento (ARAUJO; BIZ, 2016).

Dantas e Santos (2013) nos dizem que é preciso que se tenha clareza de que a pactuação de indicadores é uma obrigatoriedade assumida entre os três entes federados (municípios, estados e ministério), no entanto, o exercício de monitorar e avaliar os indicadores, precisa ser uma estratégia de gestão. Para que essa estratégia seja efetivada é necessário que o gestor local esteja envolvido com sentimento de compromisso para com as metas que ele pactuou para que então, ele possa motivar sua equipe a se empoderar da capacidade de monitoramento e de avaliação dos seus serviços.

Utilizando-se um sistema de informação que disponibilize dados que produzam informações consistentes é possível realizar levantamentos epidemiológicos e conhecer a realidade populacional local e, desse modo, construir um planejamento capaz de gerar ações que respondam as necessidades locais (MATUS, 1993, apud DANTAS; SANTOS, 2013).

Sendo assim, o SISPACTO serve como um diagnóstico complementar e como uma ferramenta para subsidiar políticas públicas, seja na elaboração de novas ou no redirecionamento das que estão em andamento, portanto, esse conjunto de indicadores, que são periodicamente apresentados e discutidos pelos gestores, tem potencial para nortear o PMS e as respectivas programações (ARAUJO; BIZ, 2016).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo foi realizado através de análise documental descritiva, a partir do levantamento de documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Linha Nova referente à elaboração do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e a sua relação com os indicadores do SISPACTO 2017-2021.

Para a coleta de dados foram consultados os seguintes sistemas de informação:

- 1) Sistema de Apoio do Relatório de Gestão (SARGSUS, 2018): através deste, foi possível consultar o Plano Municipal de Saúde de Linha Nova na íntegra. Neste mesmo sítio eletrônico se encontra disponível a situação do Relatório Anual de Gestão (RAG) e a situação do Relatório de Gestão Quadrimestral (RDQA) de cada município e a situação dos instrumentos de planejamento, pactuação e prestação de contas no âmbito do SUS;
- 2) Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (RS, 2018): o Portal BI Gestor Municipal utiliza ferramentas de *Business Intelligence* (BI), que permitiram extrair de forma sintética e visual as informações de saúde de Linha Nova e dos demais municípios. Nesse site, os indicadores estão organizados por temas, sendo possível consultar a Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017 – 2021 de cada município.

Como categoria de análise, foi levado em consideração se os indicadores da Pactuação Interfederativa 2017-2021 foram utilizados para elaboração das propostas de saúde elencadas no Plano Municipal de Saúde de Linha Nova/RS, verificando se o SISPACTO auxilia o gestor municipal no planejamento das ações em saúde.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na presente seção, são apresentados os resultados e a discussão do presente trabalho. Os resultados alcançados estão dispostos em quatro subitens: Caracterização do município de Linha Nova; Indicadores de Saúde do Município de Linha Nova 2013 a 2017; Indicadores e o Plano Municipal da Saúde; e Informação e Planejamento das Ações de Saúde. Analisa-se a importância dos indicadores para a construção do PMS de Linha Nova, além dos desdobramentos para o planejamento e gestão das ações em saúde no município.

4.1 O MUNICÍPIO DE LINHA NOVA

O Município de Linha Nova teve sua criação em 20 de março de 1992. Está localizado na região do Vale do Caí, ocupando uma área de 63,733 Km², limitando-se: ao norte com Nova Petrópolis e Feliz; ao sul com São José do Hortêncio e Presidente Lucena; ao leste com Picada Café e ao oeste com Feliz, estando situado a 95 km da capital Porto Alegre (LINHA NOVA, 2018).

Segundo o último censo do IBGE (2010), a população total do município de Linha Nova era de 1624 habitantes, sendo 808 do sexo masculino e 816 do sexo feminino. Desta população, apenas 25,6% estavam residindo zona urbana do município e 74,4% na zona rural. A população do município estimada pelo IBGE para o ano de 2017 era de 1712 habitantes (IBGE, 2017).

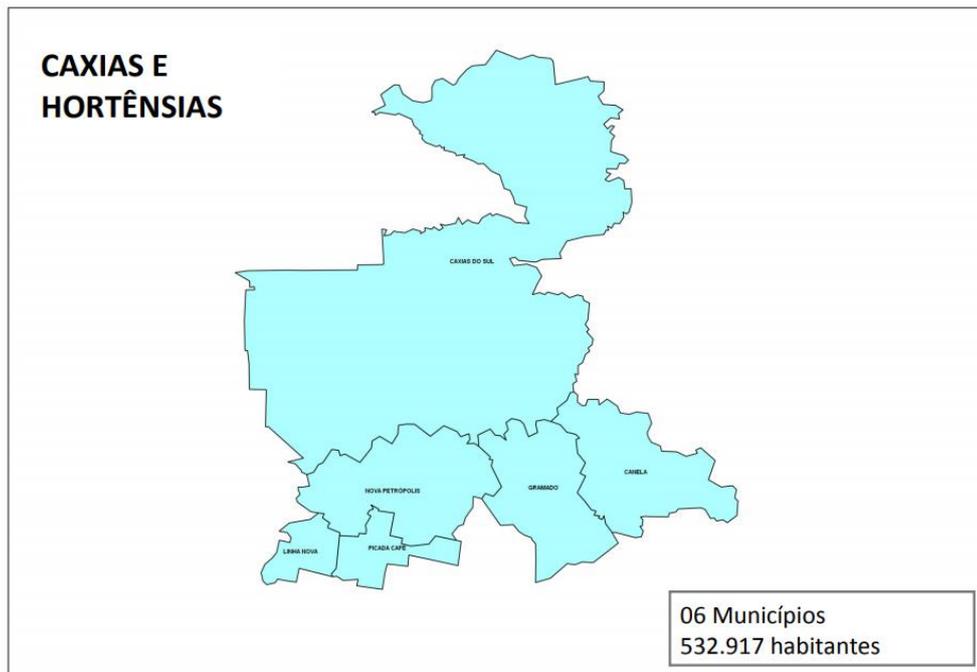
O produto interno bruto (PIB) *per capita* é de R\$ 28.115,03. A economia é baseada no setor primário, sendo cerca de 70% do PIB diretamente ligado às atividades de agricultura, pecuária e silvicultura. Os 30% restantes são divididos entre indústria, comércio e serviços. As principais atividades econômicas são a avicultura, extração de acácia-negra, carvão, hortifrutigranjeiros em geral, principalmente couve-flor, produção de leite e gado de abate. Na indústria, destacam-se as produções de esquadrias de madeira, serralherias, calçados e alimentos. No comércio e serviços, há destaque para mercados, padarias, farmácia, bancos e outros estabelecimentos (IBGE, 2010) (LINHA NOVA, 2018).

Na saúde, devido ao pequeno número populacional, a cidade não possui hospital, apenas um Centro Municipal de Saúde, com 1 (uma) equipe de Atenção Básica, que possibilita a cobertura de 100% do território. Por isso, sua referência

para nível secundário é o Hospital de Nova Petrópolis (HNP), a 14 km do município, e para nível terciário a rede de hospitais dos municípios de Caxias do Sul, Gramado, Canela, Porto Alegre, Canoas e Erechim, variando conforme a especialidade e a pactuação (LINHA NOVA, 2018).

Linha Nova pertence à 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, de Caxias do Sul, e localiza-se na Microrregião Caxias e Hortênsias – região 23 (Figura 1), que é composta pelos municípios de Caxias do Sul, Canela, Gramado, Nova Petrópolis, Picada Café e Linha Nova (LINHA NOVA, 2018).

Figura 1: Composição da 23ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul



Fonte: LINHA NOVA, 2018

Mantendo 100% de cobertura de Atenção Básica, a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Linha Nova busca seguir o modelo de atenção à saúde como reordenador dos processos de trabalho com foco no acolhimento, cuidado e resolutividade das necessidades de saúde da população, com território definido, observando os princípios da acessibilidade, do vínculo e da continuidade do cuidado (LINHA NOVA, 2018).

Para tanto, o PMS de Linha Nova destaca que sua gestão consiste em:

I. Gestão Plena da Atenção Básica: conforme enquadramento na NOB – SUS 01/96 – a qual foi definida pela Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.

II. Assinatura do PACTO DE GESTÃO conforme Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006, e a Portaria nº 699 de 30 de março de 2006, que regulamenta o Pacto pela Saúde, onde foram definidas prioridades para o monitoramento e acompanhamento das ações em saúde (LINHA NOVA, 2018).

O processo de construção de políticas públicas é dinâmico, necessitando de constantes reformulações, baseadas em análises e avaliações sistemáticas e periódicas. Assim sendo, o PMS destaca que a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Linha Nova tem suas bases de crescimento apoiadas em um planejamento estratégico, com ações voltadas não somente ao fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, mas também na consolidação das Redes de Atenção para atendimentos de média e alta complexidade. Em ambas as situações a questão equidade e qualidade dos serviços é ponto chave das decisões (LINHA NOVA, 2018).

4.2 INDICADORES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LINHA NOVA (2013-2017)

Os SI do SUS, organizados pelo Ministério da Saúde, disponibilizam as informações que vieram a servir de subsídio para a presente análise. Através do Portal BI (RS, 2018), foi consultada a Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021, no qual foi disponibilizado um total de 23 indicadores municipais que integram os selecionados para o estudo.

Quadro 2 - Indicadores de Saúde avaliados para o município de Linha Nova de 2013 a 2017

Indicador de saúde por ano Município de Linha Nova - RS	2013	2014	2015	2016	2017
1. Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) – nº absoluto de óbitos.	3	3	1	2	3
2. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.	0	0	0	0	0,00%
3. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	100%	75%	100%	100%	100%
4. Proporção de vacinas selecionadas	75%	100%	100%	100%	100%

Indicador de saúde por ano Município de Linha Nova - RS	2013	2014	2015	2016	2017
do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice Viral – com cobertura vacinal preconizada.					
5. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação.	100%	100%	—	0,00%	—
6. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	—	100%	—	—	—
7. Número de casos autóctones de malária.	NP	NP	NP	NP	NP
8. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	0	0	0	0	0
9. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade.	0	0	0	0	0
10. Proporção de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	—	97,40%	100,35%	99,48%	100%
11. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	0,72	1,08	1,07	0,88	0,84
12. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	0,22	0,51	0,26	0,69	0,25
13. Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.	16,67%	25,00%	9,09%	18,18%	16,67%
14. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	16,67%	12,50%	9,09%	0,00%	0,00%
15. Taxa de mortalidade infantil – nº absoluto de óbitos	0	0	0	0	0
16. Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	0	0	0	0	0
17. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100%	100%	100%	100%	100%

Indicador de saúde por ano Município de Linha Nova - RS	2013	2014	2015	2016	2017
18.Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família.	—	—	—	—	—
19.Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.	100%	100%	100%	100%	100%
20.Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	83,33%	16,67%	16,67%	66,67%	50,00%
21.Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	NP	NP	NP	NP	NP
22.Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial de dengue.	—	—	—	3	3
23.Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	—	—	—	—	100%

Fonte: Portal BI Gestor Municipal (RS, 2018).

Legenda: NP – Não pactuado

Neste trabalho, foram analisados os indicadores de saúde para o município de Linha Nova encontrados nesta base de dados e, posteriormente, os indicadores presentes no Plano Municipal de Saúde. Através da consulta ao Portal BI, os dados mais atualizados encontrados dizem respeito aos indicadores estabelecidos para a Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021. Os indicadores, relacionados a diretrizes nacionais, são compostos por 20 indicadores universais, ou seja, de pactuação comum e obrigatória e 3 indicadores específicos, de pactuação obrigatória quando observadas as especificidades no território. No entanto, os indicadores com informação de resultados fazem referência aos anos de 2013 a 2017 para o município de Linha Nova.

Destaca-se que os resultados foram gerados pelo Portal BI em 18/03/2019, apresentando a situação existente na época da consulta aos bancos de dados e do fornecimento de dados pelas áreas técnicas. Eventualmente, as bases de dados municipais e estaduais podem estar mais atualizadas que as bases nacionais, podendo existir diferenças entre os indicadores disponibilizados e os calculados

pelos municípios, a partir de suas bases. Atenta-se que o município possui 100% de cobertura para as ações referentes à atenção básica, o que reflete em outros indicadores de saúde como:

- alta porcentagem de cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal;
- cobertura adequada de vacinas selecionadas para crianças menores de 2 anos de idade;
- diminuição da porcentagem de gravidez na adolescência;
- nenhum óbito materno e infantil;
- inexistência de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade e de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade;
- razão de exames citopatológicos do colo do útero;
- adequada proporção de registro de óbitos com causa básica definida, o que resulta na transparência da qualidade dos serviços prestados na atenção básica em saúde.

No entanto, outros indicadores apresentaram resultados nos quais o município necessita desenvolver ações estratégicas, tais como: na área da vigilância em saúde, através da necessidade de melhoria do indicador referente às ações de vigilância sanitária, altos índices de parto cesáreo, baixa cobertura de exames de mamografia, necessidade de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil e aumento do número de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis.

Para o restante, cinco indicadores possuem dados não disponíveis em sua totalidade, o que indica que este serviço não apresenta mensuração pela sua não ocorrência de casos ou pela não existência do serviço. Entre eles se destaca a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família e a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados.

Por último, dois indicadores de saúde não foram pactuados por não se aplicarem ao município, devido ao seu pequeno quantitativo populacional e por possuir apenas os serviços básicos e essenciais de atenção à saúde de seus municípios, como a inexistência do CAPS e do indicador específico relacionado à transmissão de malária.

Para tanto, identificou-se a utilização de indicadores de saúde que

possibilitam contribuir para a gestão em saúde municipal e para a coordenação de ações na rede de atenção básica e vigilância em saúde, observando o que está adequado e o que necessita de melhora, contribuindo assim, para a construção de um planejamento e gerenciamento em saúde.

Considerando que o gestor ou o gerente é, antes de tudo, um tomador de decisões, independentemente de seu nível hierárquico, ele necessita, portanto, de indicadores que permitam caracterizar um dado problema, compreender o contexto que o envolve e identificar os possíveis impactos das soluções propostas. O conhecimento do acervo de informações à sua disposição e a compreensão sobre como se originam essas informações podem proporcionar aos gestores a compreensão de que a própria escassez de recursos é, muitas vezes, fruto do desperdício provocado pela falta de informações sobre a realidade, falta de clareza quanto às metas almejadas e insuficiente previsão sobre o impacto das possíveis intervenções (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015).

Entende-se a necessidade de construir e utilizar indicadores de monitoramento e avaliação, com o desafio de realizar ações de saúde mais efetivas para atender aos usuários. Para que os gestores possam cumprir com sua responsabilidade de planejamento na gestão do SUS, faz-se necessária a permanente disponibilidade de informações que os auxiliem na concepção e operacionalização das atividades de planejamento, no subsídio à tomada de decisões e na busca de soluções para as questões levantadas pela sociedade. Os indicadores de saúde, quando gerados de forma regular em um sistema dinâmico, podem ser instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação da saúde e das ações em todos os níveis da Saúde Pública (PEREIRA e TOMASI, 2016).

4.3 INDICADORES E O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O PMS consolida e traduz as diretrizes políticas que, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Linha Nova, visam colocar em prática o Plano de Governo Municipal e a implantação de medidas que fortaleçam o SUS no município, com vistas à necessidade de articulação com os municípios vizinhos, com a Coordenadoria Regional de Saúde e com a União para os próximos 04 (quatro) anos. O PMS é justamente o mecanismo que vai, num único instrumento, diagnosticar a realidade, as reais necessidades e as ações e programas a serem

executados (LINHA NOVA, 2018).

Verificou-se no SARGSUS (2018) a situação das ferramentas de planejamento da saúde, como o RAG, o RDQA e, principalmente para este estudo, foi possível consultar o último Plano Municipal de Saúde 2018-2021 do município de Linha Nova (PMS-2018-21), construído em 2017, com vigência no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021. O PMS 2018-21 se constitui dos seguintes tópicos: introdução, que justifica a elaboração e importância deste frente à saúde dos municípios; caracterização do município; sistema de saúde com a apresentação de indicadores de saúde; ações e programas realizados, com as estratégias e metas; e o planejamento de saúde para 2018 a 2021.

Na caracterização do município de Linha Nova, o PMS 2018-21 apresenta o histórico do surgimento do município, sua localização, aspectos geográficos e aspectos culturais. Além disso, apresenta dados relativos à demografia, educação, economia, aspectos políticos, infraestrutura, turismo, perfil ambiental e sanitário do município e, principalmente a situação de saúde.

Percebeu-se que no PMS constam a presença e a descrição de indicadores de saúde, referentes ao desempenho do município de Linha Nova. Estes se basearam nos principais indicadores utilizados pelos MS e pelo Estado do Rio Grande do Sul, retirados de diversas fontes, para exprimir a situação de saúde no âmbito municipal.

Os indicadores de saúde estão dispostos no PMS da seguinte forma:

- a) Indicadores de natalidade;
- b) Indicadores de atendimentos;
- c) Indicadores de mortalidade e morbidade;
- d) Indicadores da vigilância sanitária.

Frente aos resultados, há dez indicadores da Pactuação Interfederativa 2017-2021 disponibilizados com análise no PMS de Linha Nova, com algumas diferenças de resultados da base do Portal BI (RS, 2018), pois o PMS utilizou-se dos anos de 2010 a 2017 e dos indicadores específicos de cada programa de saúde.

A seguir, apresenta-se a classificação desses indicadores do PMS de Linha Nova (LINHA NOVA, 2018), com a análise e resultado de cada um deles.

4.3.1 Indicadores de Natalidade

Para a análise da primeira prioridade estabelecida pelo município utilizaram-se os indicadores de saúde: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos; Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.

Quadro 3 - Indicadores de saúde referentes à natalidade

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
14. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	%	0,00	0,00	0,00	16,67	12,50	9,09	0,00	0,00
13. Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.	%	22,22	60,00	50,00	16,67	25,00	9,09	18,18	16,67

Fonte: Elaborado pela autora com base no Plano Municipal de Saúde (LINHA NOVA, 2018).

Ao analisar o indicador 14, constatou-se que houve casos de gravidez na adolescência nos anos de 2013, 2014 e 2015. Nos demais anos da série histórica, não foi constatada gravidez na adolescência (LINHA NOVA, 2018) (BRASIL, 2016a).

Sendo assim, este indicador de saúde permite ao município monitorar as situações de gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos, subsidiando políticas voltadas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. A preocupação com as altas taxas de gravidez na adolescência é fator presente nos meios de comunicação e nos meios acadêmicos. Isso, porque, a questão não pode ser observada na sociedade apenas como um problema individual das adolescentes grávidas, ou de suas famílias, mas como uma questão de saúde pública, a demandar providências do poder público.

Para corroborar essas informações, Souza (2017) nos coloca que a gravidez na adolescência é considerada uma questão de saúde pública, por ser um fator de risco tanto no que se refere às consequências individuais biopsicossociais quanto para a sociedade em geral. O risco social possui grande amplitude, não só para a vida dos pais e mães adolescentes, mas para toda a sua rede de apoio devido à evasão escolar, comprometimento do orçamento familiar, conflitos intrafamiliares, preconceitos, discriminação social e dificuldade de acesso aos serviços públicos para um pré-natal qualificado.

Embora se trate de um fenômeno cada vez mais comum, as políticas

destinadas aos jovens no Brasil possuem diversos obstáculos para sua efetivação por não abarcarem necessidades reais, tratando esta população de forma muito abrangente e ignorando a sua subjetividade. Isso revela a necessidade de incluir os adolescentes na elaboração dos programas sociais, considerando suas peculiaridades para que sejam mais satisfatoriamente acompanhados e avaliados (SOUZA, 2017).

Melo e Coelho (2011) consideram que a estratégia mais eficaz para lidar com a gravidez na adolescência é reduzindo seu percentual, pois se trata de um problema de saúde pública à medida que o aumento dos casos influencia diretamente nos serviços de saúde e demanda ações políticas nas três esferas governamentais. A Atenção Básica é a porta de entrada que os adolescentes possuem para ter acesso à saúde, à informação e ao planejamento familiar, devido à universalização do cuidado em locais onde a comunidade apresenta dificuldade de inserção nos serviços de saúde (MELO; COELHO, 2011).

O indicador 13 tem como objetivo avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança.

Em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo. O parâmetro nacional de referência é de 70% de partos normais, admitindo-se até 30% de partos cesáreos. Segundo os parâmetros internacionais, a necessidade de cesarianas é de 15 a 25% dos partos (WHO, 1996).

Silva et al. (2016) identificaram que os partos cesarianos representaram mais de 40% do total de partos realizados no SUS e quando acrescidos os partos da rede privada, o Brasil configura-se como o líder mundial em partos cesáreos. Características do modelo hegemônico de atenção ao parto do país, pautado no paradigma tecnocrático centrado na intervenção, medicalização muitas vezes desnecessária, não baseada em evidências científicas (CARNEIRO, 2015).

Analisando a série histórica de Linha Nova, verificou-se um péssimo desempenho entre os anos estudados. Quando comparado a outros municípios da

Microrregião Caxias e Hortênsias – região 23 (Figura 1), Canela apresentou uma proporção de 19,01% de partos normais em 2017, Caxias do Sul 28,84%, Gramado 18,62%, Nova Petrópolis 23,97% e Picada Café 22,22% (RS, 2018). Dessa forma, percebe-se a necessidade dos gestores da Microrregião em fomentar ações para implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco na atenção ao pré-natal e ao parto, na importância de identificar os pontos frágeis e trabalhar baseados na promoção da saúde através da humanização do parto e do nascimento.

A baixa proporção de parto normal na região contribui para manutenção das elevadas taxas de cesarianas no país, incidindo de maneira negativa na saúde das gestantes e neonatos.

Para Nader et al. (2017) o aumento nesse indicador está relacionado a menores taxas de complicações do parto tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, além de proporcionar para mãe uma recuperação pós-parto mais eficaz e rápida, e ainda permitir a avaliação da qualidade da assistência prestada, uma vez que o aumento excessivo de partos cesáreos, acima do padrão de 15% definido pela OMS pode refletir um acompanhamento inadequado ou em uma deficiência na assistência prestada às gestantes no pré-natal e também indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.

Já para Andrade et al. (2013), resultados positivos no indicador refletem as ações desenvolvidas pelo município neste período, acrescentando as relacionadas à promoção da saúde e qualificação/aumento da oferta das consultas de pré-natal nas UBS. É imprescindível o constante aprimoramento do conhecimento e prática dos profissionais para desenvolver as ações de educação em saúde. Esse trabalho compete à equipe multiprofissional e aos gestores, que, em conjunto com a participação popular, devem buscar a transformação e melhores condições de vida da comunidade assistida na atenção básica. Compreende-se que o processo de planejamento de educação em saúde não deve ser individualizado e envolve estratégias, recursos e gestão.

4.3.2 Indicadores de Atendimentos

Para a análise da segunda classificação estabelecida pelo município utilizaram-se os indicadores de saúde: Cobertura populacional estimada pelas

equipes de Atenção Básica; Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada; Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF); Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica.

Quadro 4 - Indicadores de atendimentos

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
17. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	%	100	100	100	100	100	100	100	100
4. Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	%	-	-	0,00	75	100	100	100	75
18. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	%	80	50	100	100	100	100	100	-
19. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica.	%	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Elaborado pela autora com base no Plano Municipal de Saúde (LINHA NOVA, 2018).

Os indicadores de saúde acima mostram a realidade da Atenção Básica no município de Linha Nova, na medida em que estabelece a visão da porta de entrada da população/usuário de saúde aos serviços básicos de atenção, promoção, prevenção e recuperação da saúde. Para tanto, apresentam os indicadores de saúde diretamente relacionados à cobertura populacional da atenção básica e o acompanhamento das ações de sua responsabilidade.

O indicador 17 considera a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas loco regionais de saúde e eixo estruturante de programas e projetos, além de favorecer a capacidade resolutive e os processos de territorialização e regionalização em saúde. Analisando o indicador, que apresenta o percentual da população coberta pela Atenção Básica no município, pode-se observar que ao longo do período selecionado, manteve-se em 100%.

O SUS está organizado em três níveis de atenção à saúde. A Atenção Básica

se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, realizadas por equipes multiprofissionais, que visam à promoção e proteção da saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação e à manutenção da saúde. É considerada porta preferencial de acesso da população usuária do sistema. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as Unidades Básicas de Saúde, com ou sem Estratégia de Saúde da Família, são indispensáveis à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal (CARVALHO et al., 2018) (BRASIL, 2017). O município em questão, Linha Nova, possui somente o nível de Atenção Básica.

Mesmo reconhecendo a persistência de problemas no acesso, na qualidade e na continuidade da atenção, Morosini, Fonseca e Lima (2018) citam avanços decorrentes das políticas de Atenção Básica na redução de internações evitáveis e dos gastos hospitalares, e para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira. Tudo isso mediante novos serviços, modalidades e arranjos de equipes multiprofissionais, com destaque para as equipes ampliadas pela saúde bucal e pelas Estratégias de Saúde da Família.

Para Mendes (2015), a Atenção Primária à Saúde tem suas funções ampliadas de modo a cumprir três funções: a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente, os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das Redes de Atenção à Saúde; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita. Só será possível organizar o SUS em redes se a Atenção Primária à Saúde estiver capacitada a desempenhar bem essas três funções. Só assim, ela poderá coordenar as Redes de Atenção à Saúde e instituir-se como estratégia de organização do SUS.

Analisando o indicador 4, que informa a cobertura vacinal com as vacinas Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite e Tríplice Viral em crianças menores de dois anos de idade, verifica-se que a cobertura se manteve superior a 75% desde 2013, atingindo 100% nos anos de 2014, 2015 e 2016.

Para a OMS, a cobertura vacinal adequada recomendada é de pelo menos 95% para manutenção da erradicação, eliminação ou controle de doenças imunopreveníveis, além de indicadores como a proporção de municípios com coberturas vacinais adequadas e a proporção de crianças vivendo em municípios com coberturas vacinais adequadas. No Brasil, também se adota a homogeneidade

de cobertura entre vacinas, medida pela proporção desses imunobiológicos cujas metas de coberturas foram alcançadas em cada município. Esses indicadores devem ser acompanhados por um sistema de vigilância do risco de transmissão de doenças imunopreveníveis no município e em áreas com a presença de suscetíveis, característica de situações que merecem intervenções oportunas. O sistema de vigilância deve garantir coberturas adequadas, evitando doenças e mortes desnecessárias, alertas para incentivar a adesão às vacinações agendadas e chamadas para atualização de vacinas atrasadas (LUHM; WALDMAN, 2009) (TEIXEIRA; ROCHA, 2010).

De acordo com o exposto por Nóbrega, Teixeira e Lanzieri (2010) o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) permite estimar as coberturas vacinais e sua homogeneidade entre as vacinas e entre os municípios das Unidades da Federação do país, com boa aceitabilidade e representatividade. Apesar das adequadas coberturas vacinais nos âmbitos nacional e estadual, nos municípios as coberturas são heterogêneas, menores nos grupos socioeconômicos mais altos e nos mais baixos. A vacinação ainda não alcança toda a população-alvo e a baixa cobertura pode estar relacionada ao nível de conhecimento, atitudes e práticas sobre ações de vacinação. Essa situação demanda atenção especial no nível local.

A vigilância de risco das coberturas utilizando indicadores pactuados no SUS é uma ferramenta para identificação de áreas prioritárias onde as ações de controle poderão ser realizadas com maiores chances de acerto pelos gestores para melhorar a qualidade e o sucesso do programa de imunizações (BRAZ et al., 2016).

O indicador 18, que apresenta o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, tem apresentado resultados satisfatórios, ficando em 100% desde 2012, o que significa que o município faz a sua parte no acompanhamento e monitoramento da saúde das famílias beneficiadas pelos programas sociais desenvolvidos pelo Governo Federal. Contudo, não sendo o acompanhamento das condicionalidades o único objetivo, mas a identificação de vulnerabilidades sociais, frente à intenção de auxílio e ao esforço para melhoramento da qualidade de vida populacional por meio do conhecimento destas questões.

As condicionalidades são os compromissos assumidos tanto pelas famílias beneficiárias do Programa quanto pelo poder público para ampliar o acesso dessas

famílias a seus direitos sociais básicos. Por um lado, as famílias devem assumir e cumprir esses compromissos para continuar recebendo o benefício. Por outro, as condicionalidades responsabilizam o poder público pela oferta dos serviços públicos de saúde, educação e assistência social (SANTOS, 2015).

No entanto, para Moraes e Machado (2017) é complexa a gestão das condicionalidades dado o seu desenho, pois o processo envolve diferentes setores (saúde, educação e assistência), além de incluir diversos atores na sua operacionalização. Nesse sentido, a gestão intersetorial das condicionalidades exige um alto grau de coordenação.

Para corroborar, Wolf e Barros Filho (2014) explicam que as diferentes esferas devem estar articuladas no sentido de alimentar os dados para a devida comprovação no cumprimento das condicionalidades, considerando que os municípios devem manter atualizado o sistema de informação e ofertar os serviços relativos às condicionalidades.

Encerrando a análise da segunda classificação, o indicador 19 que mede o acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da atenção básica, manteve-se em 100%. Esse indicador possibilita a análise da situação atual dos serviços ofertados, estimando a necessidade de melhorias e onde devem ser realizadas.

No início do século XXI, o Brasil iniciou mudanças importantes para o desenvolvimento de políticas de saúde bucal voltadas às necessidades da população brasileira. A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, inseriu importantes medidas em busca da transformação e do avanço das ações de saúde bucal no âmbito do SUS. Nesse contexto, foi estabelecida uma estratégia de Vigilância em Saúde Bucal com a institucionalização de meios de monitoramento e avaliação, através da inclusão de alguns indicadores de saúde bucal na Atenção Básica (PEIXOTO et al., 2017).

Para Pinho et al. (2015), a complexidade do processo saúde-doença deve ser compreendida para que se possa ter um conhecimento ampliado sobre as políticas públicas, na qual se inclui a saúde bucal, as quais devem atender ao bem-estar da população e garantir melhorias na qualidade de vida da nossa população.

4.3.3 Indicadores de Mortalidade e Morbidade

Para a análise da terceira prioridade estabelecida pelo município de Linha Nova, no Plano Municipal de Saúde (2018) utilizaram-se os seguintes indicadores de saúde: taxa de mortalidade infantil; número de óbitos maternos em determinado período e local de residência; número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Quadro 5 - Indicadores de mortalidade e morbidade

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
15. Taxa de mortalidade infantil	Nº	0	0	0	0	0	0	0	0
16. Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Nº	0	0	0	0	0	0	0	0
1. Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Nº	3	-	1	3	3	1	2	2

Fonte: Elaborado pela autora com base no Plano Municipal de Saúde (LINHA NOVA, 2018).

A taxa de mortalidade infantil, expressa pelo indicador 15, tem mostrado resultado satisfatório nos últimos anos para o município de Linha Nova, pois não houve nenhum caso de mortalidade infantil no município no período de 2010 a 2017. Para municípios com população menor que 100 mil habitantes a taxa não é calculada. O indicador é representado pelo número absoluto de óbitos de crianças nas primeiras 24 horas, neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias), pós-neonatal (28 a 364 dias), menor de 1 ano (BRASIL; 2016a).

Espera-se que na região a qual o município está inserido, haja baixas taxas de mortalidade infantil, no entanto Canela apresentou em 2017 uma taxa de 10,82%, Caxias do Sul 8,91%, Gramado 8,24% e Nova Petrópolis 11,24%, totalizando 649 óbitos (9,03%) em 2017 na região 23. Somente Linha Nova e Picada Café não apresentaram óbitos infantis em 2017 (RS, 2018).

A taxa de mortalidade infantil é um indicador comumente utilizado por organismos internacionais para acompanhar os avanços das condições básicas de saúde dos países em desenvolvimento, haja vista que tem um peso significativo na expectativa de vida ao nascer. Representa o número de óbitos de crianças menores

de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente de um determinado ente federativo, em determinado ano. Por ser utilizado como parâmetro para auferir o grau de desenvolvimento dos países, regiões, estados e municípios, o seu contínuo acompanhamento torna-se de grande importância e relevante para projeção de outras medidas de desenvolvimento. Pensando dessa forma, isso significa que elevadas taxas de mortalidade infantil refletem os baixos níveis socioeconômicos da população, representados por privação ao acesso dos funcionamentos básicos, tais como: saneamento, água potável, educação, renda, entre outros (SOUZA et al., 2016).

No Brasil, nos últimos anos houve um decréscimo expressivo da taxa de mortalidade infantil, entretanto a maioria dos óbitos ainda são relacionados às causas de óbitos evitáveis. As mortes evitáveis estão diretamente associadas à qualidade da assistência prestadas às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, demonstrando a necessidade da melhoria da qualidade e organização da assistência obstétrica e consolidação da Estratégia da Rede Cegonha (SOUZA; 2018).

A redução da mortalidade infantil faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), compromisso assumido pelos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) para que, com a globalização, o mundo se torne mais inclusivo e equitativo no novo milênio. Além disso, recentemente, a redução dessa problemática foi integrada nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Trata-se de uma agenda global reestabelecida com base nos ODMs e tem por objetivo promover o desenvolvimento econômico, social e ambiental de forma sustentável até 2030. Para isso, será necessário atingir seus dezessete objetivos e, dentre eles, o terceiro, o qual engloba a erradicação da mortalidade infantil (PNUD, 2016).

Ao analisar o indicador 16, que apresenta o número absoluto de óbitos maternos, pode-se observar que ao longo do período selecionado não houve nenhum caso de óbito materno no município.

O óbito materno é considerado um dos grandes desafios da saúde pública mundial, em especial aos países em desenvolvimento, representando uma das maiores violações dos direitos humanos das mulheres, uma vez que mais de 92% desses óbitos são por causas evitáveis, o que reflete certamente uma desvalorização e desrespeito à vida, traduzido por uma assistência obstétrica de

baixa qualidade e desumanizada. Neste sentido, a mortalidade materna assume uma importante posição como indicador de saúde, pois além de revelar qual o risco que uma mulher tem de vir a óbito por causas obstétricas, mede a qualidade da atenção obstétrica ofertada a essa população e expõe as suas reais condições de vida, sendo um ótimo indicador de desenvolvimento humano, econômico e social de um país (SOARES et al., 2017).

O objetivo do indicador é de avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento reduzam as mortes maternas evitáveis, considerando que as principais causas de mortes são hipertensão, hemorragia e infecções perinatais. O indicador também visa contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado (BRASIL, 2016a).

Como último indicador da terceira prioridade estabelecida pelo município, o indicador 1 contribui para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2016a).

As DCNT incluem as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, constituindo a maior carga de morbimortalidade no mundo e sendo responsáveis por 63% das mortes globais. Essas doenças acarretam perda de qualidade de vida, limitações e incapacidades. As mortes por DCNT afetam predominantemente os países em desenvolvimento, nos quais cerca de um terço dos óbitos ocorrem em pessoas com menos de 60 anos de idade, enquanto nos países desenvolvidos, a mortalidade prematura (faixa etária de 30 a 69 anos) corresponde a menos de 13% dos casos. No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte (MALTA et al., 2019).

Analisando a série histórica do município de Linha Nova, mesmo mantendo números baixos, não se percebe mudanças significativas ao longo dos anos. Para isso, se tornam necessárias estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle dos fatores de risco modificáveis para as doenças crônicas, sendo essencial a organização de uma vigilância em DCNT, de extrema relevância na saúde pública, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção

e do controle.

Para o fortalecimento da vigilância há necessidade premente de se investir na melhoria de cobertura e qualidade dos dados de mortalidade e na condução de inquéritos regulares dos fatores de risco. Os objetivos da prevenção e do controle das doenças não transmissíveis são: reduzir a incidência e a prevalência; retardar o aparecimento de complicações e incapacidades; aliviar a gravidade; e prolongar a vida com qualidade. A vigilância de DCNT deve reunir um conjunto de ações que possibilita conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças. As principais fontes de dados no Brasil constituem os sistemas de informação de morbimortalidade e inquéritos de saúde periódicos e especiais (BRASIL, 2005).

As tendências de declínio da mortalidade prematura por DCNT no Brasil são positivas, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido, pois atingir as metas de redução de DCNT é um desafio global. A OMS divulgou um conjunto de evidências que apontam a importância das ações de promoção à saúde, implementando políticas públicas intra e intersetoriais que facilitem práticas saudáveis, como alimentação adequada, redução do sal nos alimentos, espaços públicos para apoiar a atividade física, ambientes livres de fumo, regulamentação da propaganda de álcool e outras (WHO, 2011).

Além disso, cabe o investimento na atenção básica, nas redes de atenção e no acesso às tecnologias de média e alta complexidade, quando necessário, visando ao cuidado integral dos portadores de DCNT. Essas doenças têm curso prolongado e requerem abordagem longitudinal, integral, com investimento no autocuidado e no vínculo. Essencialmente, deve-se atuar reduzindo iniquidades em saúde e garantindo acesso aos cuidados para toda a população, em especial aos grupos mais vulneráveis, dada a maior concentração das DCNT e seus fatores de risco na população de baixa renda e escolaridade (MALTA et al., 2014).

Em se tratando de redes de atenção à saúde, os pontos de atenção secundária e terciária são nós das redes, em que se ofertam determinados serviços especializados, sendo sistemas de apoio a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. A organização das regiões de saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social. Dessa forma, analisando a série histórica de alguns municípios da região 23, percebeu-se um número preocupante de mortalidade prematura em 2017: Canela apresentou 79

óbitos prematuros, Gramado 57, Nova Petrópolis 26 e Picada Café 13 óbitos (RS, 2018), demonstrando a necessidade de qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, na qual os gestores de saúde da região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa.

4.3.4 Indicadores da Vigilância Sanitária

Para a análise da quarta prioridade estabelecida pelo município utilizou-se apenas o indicador de saúde: proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais/ E. Coli, Cloro.

Quadro 6 - Indicador da vigilância sanitária

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
10. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais/ E. Coli, Cloro.	%	-	-	-	-	-	98,61	98,61	100

Fonte: Elaborado pela autora com base no Plano Municipal de Saúde (LINHA NOVA, 2018).

O indicador 10 também é de extrema importância, pois mostra o percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro de coliformes totais. Em Linha Nova, o parâmetro habitual é de 72 coletas anuais. (LINHA NOVA, 2018).

De acordo com a Portaria MS nº 2.914/2011, toda água destinada ao consumo humano, distribuída coletivamente, seja por Sistema de Abastecimento de Água (SAA) ou Solução Alternativa Coletiva (SAC), deve ser objeto do controle e vigilância da qualidade da água. Ainda, segundo a Portaria de Potabilidade, toda água destinada ao consumo humano proveniente de Solução Alternativa Individual (SAI) está sujeita à vigilância da qualidade da água. O monitoramento da qualidade da água para consumo humano integra o rol de ações de controle e vigilância (BRASIL, 2011b).

A vigilância deve realizar o monitoramento da qualidade da água de forma

investigativa, em conjunto com a vigilância epidemiológica, objetivando avaliar, inclusive, o significado que o seu resultado representa na investigação do surto/epidemia, conforme estabelecido na Portaria MS nº 2.914/2011. O artigo 41 da mesma Portaria estabelece que os responsáveis pelos sistemas de abastecimento de água e pelas soluções alternativas coletivas devem elaborar e submeter para análise da autoridade municipal de saúde pública, o plano de amostragem de cada sistema e solução alternativa (BRASIL, 2011c).

À Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) compete estabelecer diretrizes para a vigilância da qualidade da água para o consumo humano a serem implementadas pelos estados, Distrito Federal e municípios, respeitados os princípios do SUS e prioridades, objetivos, metas e indicadores do Programa Nacional da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA). Este programa consiste no conjunto de ações adotadas continuamente para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente, bem como avaliar e prevenir os possíveis riscos que os sistemas e as soluções alternativas de abastecimento de água podem representar à população abastecida (BRASIL, 2011b; ALVES et al., 2017).

4.4 INFORMAÇÃO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE

O PMS do município de Linha Nova (2018, p.49) atenta que “a gestão da Secretaria está apoiada na Atenção Primária da Saúde, visando a qualidade dos atendimentos, o fortalecimento dos vínculos e a descentralização das necessidades de média e alta complexidade dentro das Redes de Atenção à Saúde”, tendo suas bases de crescimento apoiadas em um planejamento estratégico, com ações voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica.

Frente aos resultados dos indicadores apresentados neste estudo, constataram-se diferenças na seleção e nos valores das informações dos indicadores do SISPACTO (RS, 2018) e nos encontrados no Plano Municipal da Saúde, devido aos anos de análise, a outras fontes de informação utilizadas ou até mesmo às escolhas político-partidárias que podem influenciar diretamente sobre o processo decisório setorial e no desenvolvimento das políticas públicas, o que incentiva reflexões acerca do conteúdo exposto para o processo de gestão municipal em saúde.

Além de prover a matéria-prima efetiva, um conjunto de indicadores tende a facilitar a organização de dados e informações para que se atinjam os objetivos e as metas estabelecidos em saúde e estimule o fortalecimento da capacidade de análise das equipes, promovendo o desenvolvimento de sistemas de informação resolutivos para o processo de gestão em saúde.

Para tanto, destaca-se que no Plano Municipal de Saúde do município de Linha Nova (2018) consta a definição de projetos e linhas de ação do governo municipal na área da saúde para os próximos quatro anos, tendo a equidade e qualidade dos serviços como ponto chave para as decisões, mantendo também uma busca constante de recursos nas esferas federais e estaduais.

Para que as metas sejam alcançadas, além da constante estimulação dos profissionais, a Secretaria Municipal de Saúde de Linha Nova procura seguir as Boas Práticas de Gestão recomendadas pela Legislação do Sistema Único de Saúde e pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul e União, verificando, analisando e atualizando mensalmente os dados inseridos nos sistemas de informação da Secretaria Estadual e do Ministério da Saúde, de competência municipal e aperfeiçoando os meios de comunicação com os usuários, ampliando a divulgação dos serviços ofertados na Secretaria Municipal de Saúde (LINHA NOVA, 2018).

Os gestores, juntamente com os profissionais de saúde e com o apoio da população, necessitam estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade frente à saúde de sua comunidade. Sendo assim, mesmo não contemplando todos os indicadores do SISPACTO, os indicadores elucidados no PMS oportunizaram ricas discussões para a gestão local frente ao objetivo de gerir e coordenar o sistema de saúde por meio de informações reais e consistentes. Contudo, observou-se a existência de indicadores que poderiam ser bem mais analisados e priorizados pelo município: indicadores de qualidade da assistência pré-natal e ao parto, indicadores que refletem a situação do controle do câncer de colo de útero e mama (razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos; razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos) e indicadores que refletem a situação da vigilância em saúde (Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados), incluindo-se ações da vigilância sanitária (Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária consideradas

necessárias a todos os municípios no ano) e epidemiológica (Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação). Ações apontadas por não estarem bem dispostas e discutidas no PMS e com pouca ou inexistente informação no SISPACTO.

O PMS de Linha Nova traz questões cruciais do processo de trabalho que podem ser utilizadas como ferramenta de operacionalização de cuidado. Todavia, notam-se algumas fragilidades, faltando informação, trazendo discussões superficiais, não sendo assim aproveitado como poderia.

Esta problemática trouxe a necessidade de avaliação e planejamento de ações com efeitos a estes determinantes que se encontram vulneráveis sobre as condições de vida e saúde da população de Linha Nova. Sugere-se a ampliação das fronteiras de atuação, com maior resolubilidade às necessidades básicas de saúde e com corresponsabilidade junto à equipe, utilizando-se do controle social e de ações intersetoriais para intervir em circunstâncias que estimulem a reflexão de determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, família e comunidade.

Como passo inicial, propõe-se ao município a construção de um painel de indicadores em saúde adequados à instituição que contemple as informações compostas pelo rol de indicadores que compõem o SISPACTO para os anos de 2017-2021 e que estas estejam incluídas no próximo Plano Municipal de Saúde, a fim de melhorar a articulação destas ações, seu planejamento, aplicação e o monitoramento da atuação e de seus resultados na saúde do município.

5 CONCLUSÃO

Através deste estudo, percebeu-se a importância que os indicadores de saúde possuem, em nível de informação, para o planejamento e a construção de diretrizes e metas para a gestão e gerenciamento de um serviço ou setor de saúde. A necessidade de conhecimento da realidade situacional, de fatores e condicionantes de saúde, precisa ocorrer a partir do planejamento de ações que sejam realmente eficazes, de qualidade e resolutivas.

Para alcançar o objetivo de identificar e analisar a utilização de indicadores de saúde na gestão em saúde municipal para a coordenação de ações na rede de atenção básica, na medida em que estiveram presentes no Plano Municipal de Saúde com análise dos resultados, demonstrou-se a riqueza de informação disponibilizada e a utilidade delas para o planejamento de ações e estratégias de saúde para o município. Ao identificar informações em saúde que possibilitem gerir e coordenar o sistema de saúde por meio de informações reais e consistentes, as quais foram descobertas por meio da seleção e análise dos indicadores de saúde do SISPACTO e comparadas com os indicadores fornecidos pelo Plano Municipal de Saúde, pôde-se estabelecer ações em saúde consideradas como prioridades pela necessidade de melhorias.

Por fim, a pesquisa de indicadores de saúde do SISPACTO para o município de Linha Nova e a descrição e análise dos indicadores do Plano Municipal de Saúde atingiu o objetivo principal deste estudo ao possibilitar analisar a utilização dos indicadores de saúde como ferramenta de auxílio no processo avaliativo e para a gestão em saúde.

O estudo permitiu discutir o sistema de saúde e a qualidade das ações municipais. Demonstrou por meio de indicadores de saúde, nas fontes de pesquisa, que muitas estratégias referentes às ações na atenção básica são resolutivas e de qualidade. No entanto, apresentou limitações em ações de vigilância em saúde, no controle do câncer de colo de útero e de mama e na proporção de parto normal, por não estarem bem dispostas e discutidas no PMS e com pouca ou inexistente informação no SISPACTO.

O estudo valorizou a apoderação dos indicadores de saúde como instrumento avaliativo aos gestores e que estes utilizem os Planos Municipais de Saúde de seus municípios como ferramenta construtiva adicional de trabalho, para o processo de

gestão, planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde pública.

Ressalta-se assim, a importância dos indicadores de saúde como instrumento de informação e de evidências capazes de prevenir ou retardar o aparecimento de agravos ou situações de riscos para a saúde. É somente por meio do conhecimento que se pode detectar ou prevenir mudanças em fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de adotar medidas de prevenção e controle da saúde, diretamente relacionados à produtividade e com a necessidade de direto apoio do âmbito da gestão e financiamento em saúde.

Espera-se que os dados disponíveis sejam, oportunamente, utilizados na produção e organização de análises sobre a situação de saúde e suas tendências, subsidiando os poderes públicos em todos os níveis de gestão e participação social do SUS e também para a aplicação destas ações em saúde à comunidade linhanovense.

REFERÊNCIAS

ALVES, W.S., et al. Avaliação da qualidade da água do abastecimento público do município de Juazeiro do Norte, CE. **Revista Desafios**, 4(2), 112-119. 2017.

AGUILAR, A. M. M. Análise das metas pactuadas do nível de prioridade IV do município de primavera do Leste–MT. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 218-231, 2015.

ANDRADE, A.C.V., et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, 37(4): 439-49. 2013.

ARAUJO, E.S.; BIZ, M.C.P. O planejamento em saúde na prática. **Revista CIF Brasil**, v. 5, n. 5, p. 24-30, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p. 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, v.64, n.216, p. 22932, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GMS nº 3925 de 13 de novembro de 1998**. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 476 de 14 de abril de 1999**. Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica –PAB, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1999.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 29** de 13 de setembro de 2000. Altera os Artigos 34,35, 156,160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 95. Regionalização da assistência à**

saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS):** instrumentos de gestão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GMS nº 384, de 04 de abril de 2003.** Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis:** DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida e de Gestão.** Série pactos pela Saúde, v.1, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS:** uma construção coletiva: orientações gerais para a elaboração de instrumentos de planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretriz Nacional Do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água Para Consumo Humano.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Diário Oficial da União 2011c.

BRASIL. Senado Federal. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2013.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016**. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017- 2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2016a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. Fundação Oswaldo Cruz, p. 104-106, Brasília, 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS; 2017.
- BRAZ, Rui Moreira et al. Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, v. 25, n. 4, pp. 745-754. 2016.
- BUENO, R. E.; MOYSÉS, S. T.; BUENO, P. A. R.; MOYSÉS, S. J. Governança, sustentabilidade e equidade no plano de saúde de São José dos Pinhais. Brasil. **Rev Panam Salud Publica**; 34 (6): 416–21. 2013.
- CARNEIRO, R.G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. 328p.
- CARVALHO, A. L. B. de; JESUS, W. L. A. de; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 4, 2017.
- CARVALHO, Marselle Nobre de. et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 1, pp. 295-302. 2018.
- DANIEL, V. M. **Os sistemas de informação em saúde e seu apoio à gestão e ao planejamento do SUS: uma análise de estados brasileiros**. Dissertação de mestrado. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2013.
- DANTAS, U. I. B; SANTOS, S. R; BRITO, S. S; VIRGOLINO, J.L.B. Percepções dos gestores sobre o aplicativo – Pacto pela Saúde. **Revista de Enfermagem**. Recife. v. 7, p. 438-444, 2013.
- ESCRIVÃO JUNIOR, A. A Epidemiologia e o Processo de Assistência à Saúde. In: **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- FERREIRA, J.; CELUPPI, I. C.; BASEGGIO, L.; GEREMIA, S. G.; MADUREIRA, V. S. F.; SOUZA, J. B. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, pp. 69-79. 2018.
- FILHO, W. B. F; MÜLLER, G. Planejamento estratégico segundo Matus: proposta e crítica. In.: GERARDI, L.H.O; MENDES, I.A. (Orgs). **Do natural, do social e suas interações**. [online], p. 121-132. Rio Claro, 2002.

GARCIA, P. T.; REIS, R. S. Sistemas de informação de apoio à gestão em saúde. **Planejamento, gestão e gerenciamento: Uso de instrumentos de avaliação.** São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão, 2016.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

LIMA, Keler Wertz Schender de. ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. SILVA, Zilda Pereira da. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade** [online], v. 24, n. 1, pp. 61-71. 2015.

LINHA NOVA. Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Linha Nova, 2018.

LUHM, K.R., WALDMAN, E.A. Sistemas informatizados de registro de imunização: uma revisão com enfoque na saúde infantil. **Epidemiol Serv Saude.** Jan-mar;18(1):65-78. 2009.

MACHADO, T. C. **Pactuação Interfederativa na Bahia:** desempenho dos indicadores da vigilância epidemiológica e qualidade das informações do Sispacto. Dissertação de Mestrado. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2015.

MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersectoriais no seu enfrentamento. **Ciênc Saúde Coletiva;** 19(11): 4341-50. 2014.

MALTA, D.C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], v. 22. 2019.

MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e Desafios Enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde,** ISSN-e 2316-3712. Vol. 4, Nº. 1, págs. 100-109. 2015.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** 3. ed. Editora da USP. São Paulo; 1993.

MELO, Mônica Cecília Pimentel de; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciênc. Saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2549-2558, maio 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: CONASS; 2015.

MORAES, Verena Duarte de. MACHADO, Cristiani Vieira. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersectorial. **Saúde em Debate** [online]. v. 41, spe 3, pp. 129-143. 2017.

MOROSINI, M.V.G.C., FONSECA, A.F.F., LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** [online], v. 42, n. 116, pp. 11-24. 2018.

NADER, P.; GRILLO, L. P.; LACERDA, L.L.V; MEZADRI, T. Desempenho de indicadores básicos em saúde após a implantação dos Projetos Mais Médicos em um município catarinense. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.8, n.3, p.83-89, 2017.

NASCIMENTO, A. B.; EGRY, E. Y. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.4, p.861-871, 2017.

NÓBREGA, A.A., TEIXEIRA, A.M.S., LANZIERI, T.M. Avaliação do sistema de informação do Programa de Imunizações (SI-API). **Cad Saúde Coletiva.** 18(1):145-53. 2010.

OTTONELLI, C. M. S. **Qual a contribuição da pactuação de indicadores para a gestão local?** Trabalho de Conclusão de Especialização. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.243-261, 1999.

PEIXOTO, A.C.L.; MENDES, H.J.; LAURIS, J.R.P.; MATOS, P.E.S. A saúde bucal no sistema de informação da atenção básica no Brasil. **Journal of Applied Oral Science.** v. 25, sp. issue, p. 241, res. SC20, 2017.

PEREIRA, B. S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 411-418, 2016.

PESSÔA, F. M. **Análise dos instrumentos de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2016-2019.** Trabalho de Conclusão de Curso. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.

PINAFO, E.; DOMINGOS, C. M.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A.; BONFIM, M. C. B. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Revista Espaço para a Saúde**; 17(1): 131-137, jul. 2016.

PINHO, Judith Rafaelle Oliveira et al. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 69, n. 1, mar. 2015.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODM. 2016. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/>. Acesso em: 15 abr. 2019.

RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria Estadual da Saúde. **Portal BI Gestor Municipal.** Disponível em: <<http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>> Acesso em: 22 ago. 2018.

SALIBA, N. A.; GARBIN, C. A. S.; GONÇALVES, P. E.; SANTOS, J. G.; SOUZA, N. P.; MOIMAZ, S. A. S. Plano Municipal de Saúde: análise do instrumento de gestão. **Biosci. J. Uberlândia**, v. 29, nº 1, pp. 224-230, jan./fev. 2013.

SANTOS, Alessandra da Rosa. **Condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município de Sapucaia do Sul (RS), 2009-2013**. Trabalho de Conclusão de Especialização (Gestão em Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SARGSUS. **Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão**. 2018. Disponível em: <<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=43&codTpRel=01>> Acesso em: 22 ago. 2018.

SAUTER, A. M. W.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, A. W. Política de regionalização da Saúde: das Normas Operacionais ao Pacto pela Saúde. **remE-Rev. Min. Enferm**; 16(2): 265-274, abr./jun. 2012.

SCHONS, S. A. F. de S. **Plano Municipal de Saúde do município de Montenegro/RS 2014-2017 e interface com os relatórios quadrimestrais de gestão**. 2015.

SILVA, A. L. A., et al. Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999-2013. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, 16(2), 139-148, 2016.

SOARES, Filipe Augusto de Freitas et al. Óbito materno, causalidade e estratégias de vigilância: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, sup. 9, p. S890-S897, nov. 2017.

SOUZA, J.S. et al. Estimção e Análise dos Fatores Determinantes da Redução da Taxa de Mortalidade Infantil no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**. 10(2):140-155. 2016.

SOUZA, Hartur de Oliveira de. **Políticas públicas voltadas para gravidez na adolescência: revisão integrativa da literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

SOUZA, Tarciana Maria da Costa. **Indicadores do SIS pacto: uma análise do desempenho dos municípios pernambucanos**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2018.

TEIXEIRA, C. F. Enfoques Teórico-Methodológicos do Planejamento em Saúde. In: **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. (Org) Carmen Fontes Teixeira (organizadora). Salvador: EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, A.M.S., ROCHA, C.M.V. Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco. **Epidemiol Serv Saude**. Jul-set; 19(3):217-26. 2010.

WHO. World Health Organization. **Care in normal birth**: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.

WHO. World Health Organization. **Developing Health Management Information Systems**: a practical for developing countries. Manila: Regional Office for the Western Pacific, 2004.

WHO. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011. 176 p.

WOLF, M.R. BARROS FILHO, A.D.A. Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil – uma revisão sistemática. **Cien. Saúde Colet.**; 19(5):1331-1338. 2014.