

**MAGNITUDE DE FERRAMENTAS DE GESTÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE  
DE INDICADORES DE QUALIDADE NO MUNICÍPIO DE TERESINA NO  
PIAUI – 2017**

**MAGNITUDE OF HEALTH MANAGEMENT TOOLS: AN ANALYSIS OF  
QUALITY INDICATORS IN THE MUNICIPALITY OF TERESINA IN PIAUI –  
2017**

*Náquia Franco Oliveira, Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Piauí (UFPI); Pós-Graduada em Nutrição em Pediatria pelo Instituto de Pesquisas, Ensino e Gestão em Saúde (IPGS); Gerente do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Infantil Lucídio Portella (HILP) – Teresina, Piauí, Brasil – [mina\\_na@hotmail.com](mailto:mina_na@hotmail.com)*

*Francisca Miriane de Araujo Batista*

*Tutora da Especialização em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina, Piauí, Brasil – [mirianearaujo@hotmail.com](mailto:mirianearaujo@hotmail.com)*

**RESUMO**

Em 1995, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) instituíram a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) visando à produção de evidências sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Deste modo, Indicadores de Qualidade surgiram como um instrumental ímpar, capaz de assegurar a indivíduos/usuários, profissionais e gestores da área informações acerca do bem-estar e da qualidade de vida da população, por meio do cumprimento de propósitos acordados e efetividade de ações, mesmo apesar de entraves como escasso número de profissionais capacitados, e, lentidão e pouca integração dos sistemas. O objetivo deste trabalho foi o de elaborar um Plano de Intervenção com base nos Indicadores de Saúde de Teresina, no Piauí, considerando-se a Pactuação Municipal de Diretrizes,

Objetivos, Metas e Indicadores de 2017, por meio de consulta ao Sistema de Pactuação (SISPACTO), visando a implementação em sua plenitude dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e o envolvimento dos profissionais de saúde como sujeitos ativos do modelo de Atenção à Saúde empreendido.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Organização e Administração. Indicadores Básicos de Saúde.

## ABSTRACT

In 1995, the Pan American Health Organization (OPAS) and the Ministry of Health (MS) established the Interagency Information Network for Health (RIPSA) to produce evidence on the health situation and its trends, including documenting inequalities in health. That way, Quality Indicators have emerged as a unique instrument capable of assuring individuals/users, professionals and area managers about the well-being and quality of life of the population, through the fulfillment of agreed purposes and effectiveness of actions, even though obstacles such as scarce number of trained professionals, and, slowness and little integration of systems. The objective of this work was to elaborate an Intervention Plan based on the Health Indicators of Teresina, in Piauí, considering the Municipal Guidelines Pack, Objectives, Goals and Indicators of 2017, through consultation with the Compensation System (SISPACTO), aiming at the full implementation the doctrinal and organizational principles of SUS, the strengthening of the Family Health Strategy and the involvement of health professionals as active subjects of the Health Care model.

**Palavras-chave:** Primary Health Care. Organization and Administration. Basic Health Indicators.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Podemos definir Indicador, segundo Matta e Moreno, 2014, e, Pinto e Rocha, 2016, como uma medida-síntese produzida a partir de informações capturadas em

Sistemas de Informação em Saúde cuja finalidade é a de promover a avaliação e o monitoramento de Ações Estratégicas em Saúde ao longo do tempo, bem como fornecer e qualificar novas informações sobre diferentes atributos e dimensões da saúde e sobre o desempenho dos Sistemas de Saúde como um todo.

No Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) instituíram a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) visando à produção de evidências sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde (Lima, KWS, Antunes, JLF, e, Silva, ZP, 2015; e, Magalhães, ACF, Ferreira, AL, Correa, LP, Rodrigues, MC, e, Viegas, SMF, 2012). Indicadores demográficos, socioeconômicos, de coberturas, fatores de risco, morbidade, mortalidade e recursos então surgiram (Alves e Neto, 2015; Borges e Pinto, 2016; Carmo e Cerroni, 2015; Xavier, DR, Oliveira, RAD, Matos, VP; Viacava, F, e, Carvalho, 2016; Szwarcwald, CL, Escalante, JJC, Neto, DLR, Sousa-Júnior, PRB, e, Victora, CG, 2014; Lima, KWS, Antunes, JLF, e, Silva, ZP, 2015; e, Pinto e Rocha, 2016).

A realidade trazida por diversos pesquisadores sobre o tema em questão coloca os Indicadores de Saúde como ferramentas incompatibilizadas, envoltas por entraves, segundo Lima, KWS, Antunes, JLF, e, Silva, ZP, 2015, como escasso número de profissionais capacitados, e, lentidão e pouca integração dos sistemas. Parece ser indiscutível que iniquidades em saúde, garantia de qualidade em cuidados primários e políticas intervencionistas envolvam o obter informações apropriadas (Alves e Neto, 2015; Carmo e Cerroni, 2015; e, Matta e Moreno, 2014).

Isto posto, mencionamos também que outros autores conseguiram demonstrar a grandeza deste tipo de instrumental quanto ao cumprimento de propósitos acordados e efetividade de ações por meio da apreciação detalhada de indicadores (Pereira e Tomasi, 2016, e, Pinto e Rocha, 2016). Paes, LG, Bellato, TMS, Machado, BP, e, Lima, SBS, 2015, afirmam que estes permitem a Profissionais de Saúde, especialmente os do Sistema Único de Saúde (SUS), descrever, classificar, ordenar, comparar e quantificar de maneira sistemática aspectos de uma determinada realidade, contribuindo para a qualidade das ações prestadas.

Dentro deste contexto, reforçando-se a ideia de geração de conhecimento e tomada de decisões por parte de Gestores a partir de informações geradas em ambientes de saúde, conforme Pereira e Tomasi, 2016, objetivou-se elaborar um Plano de Intervenção com base em Indicadores de Saúde do município de Teresina, no Piauí, considerando-se a Pactuação Municipal de Diretrizes, Objetivos, Metas e

Indicadores de 2017 e estratégias palpáveis de melhoria para os cinco piores precursores.

## **1.2. REVISÃO DA LITERATURA**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1988, conforme Lucena pontua em seus estudos de 2015, implicou em mudanças significativas quanto à forma de organização das Redes de Saúde no país e os princípios que a regem, modificando seu conteúdo e lugar no campo das Políticas Sociais. Desde sua concepção, orientado por princípios doutrinários — equidade, integralidade e universalidade — e organizativos – descentralização, hierarquização e regionalização –; ensejou instrumentos e mecanismos em prol de aprofundamento, especialmente, no que diz respeito à dissociação, diretriz até hoje marcada como um dos grandes desafios para o sistema (Pinto e Rocha, 2016, e, Sala e Mendes, 2011).

A referida autora apresenta a estrutura institucional do SUS assim como está definida na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Na União a direção é exercida pelo Ministério da Saúde (MS) e nos Estados, Distrito Federal e Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. A lei estabelece diferentes competências para cada esfera, guiando suas ações e decisões, e, permitindo complementariedades. Em síntese, a direção Nacional possui competência para elaborar, monitorar e respaldar políticas e sistemas em diversas áreas; estabelecendo critérios, normas e padrões; prestando cooperação financeira e técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios; e, promovendo descentralização de ações e serviços para Unidades Federadas e Municípios. A direção Estadual possui competência para promover descentralização de ações e serviços para os Municípios; acompanhando, controlando e supervisionando as redes hierarquizadas do sistema; coordenando e prestando apoio financeiro e técnico; e, em caráter complementar, executando ações e serviços na área. A direção Municipal possui competência para conceber, organizar, vistoriar e qualificar as ações e atividades na área; gerindo e executando os Serviços Públicos de Saúde.

Nesta conjuntura, o uso de Indicadores — epidemiológicos e operacionais — hoje tomados em Sistemas de Informações em Saúde (SIS), foi prática adotada desde a criação do sistema e mais marcadamente a partir de 1996, com a criação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, estabelecido como um conjunto de parâmetros utilizado para avaliar o desempenho de Estados e Municípios e a Situação de Saúde.

Cabe mencionar, ainda, a criação da Programação Pactuada Integrada, instrumento voltado à organização da Assistência e dos Recursos, que explicita competências das três esferas de governo no Setor Saúde (Lucena, 2015; Magalhães, ACF, Ferreira, AL, Correa, LP, Rodrigues, MC, e, Viegas, SMF, 2012; e, Pinto e Rocha, 2016).

A Programação Pactuada e Integrada é um processo estabelecido no âmbito do SUS onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território bem como efetuados os pactos intergestores para se garantir o acesso da população aos Serviços de Saúde. Tem por objetivo organizar a Rede de Serviços, dando total transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (Lucena, 2015; Magalhães, ACF, Ferreira, AL, Correa, LP, Rodrigues, MC, e, Viegas, SMF, 2012; e, Pinto e Rocha, 2016).

Segundo Lima, KWS, Antunes, JLF, e, Silva, ZP, 2015, no relatório *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* (WHO, 2007), a Organização Mundial de Saúde (OMS) coloca o SIS como um dos blocos essenciais na construção de um Sistema de Saúde. Afirma que um Sistema de Informações eficiente é aquele que não só garante a produção de informação confiável e oportuna sobre o estado de saúde da população, seus determinantes e o desempenho do Sistema de Saúde, mas também que produz análises para orientar as atividades em todos os outros blocos do sistema. Dessarte, as Estatísticas de Saúde devem permitir que tomadores de decisão, em todos os níveis do sistema, identifiquem avanços, dificuldades e necessidades; contemplem deliberações baseadas em evidências sobre Políticas e Programas de Saúde; e, aloquem de forma otimizada recursos, na maioria das vezes, escassos.

A relevância do campo da Informação em Saúde é complexa. De um lado, há uma demanda crescente com diferentes usuários e usos da informação – pessoas e pacientes, comunidades, prestadores de serviços, gestores de programas, políticos, financiadores, agências globais e outras organizações. Todos carentes de informações sobre: acesso, cobertura e qualidade de serviços; custos e despesas; determinantes de saúde (como o ambiente e nível socioeconômico); medidas de saúde, incluindo Taxas de Mortalidade e Morbidade; e, surtos de doenças. Do lado da oferta, um volume cada vez maior de dados e informações, além das diversas ferramentas e métodos. Por conseguinte, podemos afirmar que diversas informações são necessárias para aprazer necessidades de tomadas de decisões em Saúde Pública,

que poderão ser atendidas com o uso combinado dos principais Subsistemas de Informação em Saúde, quais sejam: censos, estatísticas de Serviços de Saúde, monitoramento de recursos, pesquisas domiciliares, registro de eventos vitais e vigilância em Saúde Pública (Lima, KWS, Antunes, JLF, e, Silva, ZP, 2015; e, Matta e Moreno, 2014).

De acordo com Matta e Moreno, 2014, ferramentas de comunicação e informação reúnem dados sobre saúde, e em todo o mundo, capazes de produzir protocolos locais e internacionais, para o atendimento de demandas de diversos países. As informações em saúde refletem o processo saúde/doença, as condições de vida da população e as informações administrativas de interesse para Serviços de Saúde, possibilitando um conhecimento ampliado da realidade sanitária da população. Em particular, as informações de saúde procuram reconhecer e quantificar a distribuição dos problemas de saúde que afetam indivíduos e coletividades, com vistas a propiciar melhores condições de vida para a população e modelos gerenciais eficientes para Serviços de Saúde (Lima, KWS, Antunes, JLF, e, Silva, ZP, 2015; e, Pinto e Rocha, 2016).

Em 1996, o MS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) acordaram em cooperar tecnicamente na área de Informação em Saúde, para atender a dois objetivos convergentes: (1) potencializar a utilização das bases de informação disponíveis para apoiar a construção do SUS e (2) contribuir para a sistematização de dados e informações produzidos pelos países da Região das Américas, a partir da Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde. A estratégia de cooperação centrou-se na criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que favorece parcerias entre entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na construção, investigação e propagação de dados, objetivando sistematizar informações úteis ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira e de suas tendências (Lima, KWS, Antunes, JLF, e, Silva, ZP, 2015; e, Matta e Moreno, 2014).

A RIPSA é formalizada por Portaria Ministerial e Termo de Cooperação com a OPAS/OMS, promotora da organização e manutenção de uma base de indicadores relativos ao estado de saúde da população e aspectos sociais, econômicos e organizacionais que influenciam e determinam a Situação de Saúde. Seus produtos resultam de um processo de construção coletiva, no qual as instituições parceiras contribuem com a própria expertise, por meio de seus profissionais e bases técnico-científicas. Consoante dados da própria rede, um processo de trabalho conjunto se

realiza por intermédio de mecanismos e instrumentos operacionais de gestão previstos em instrumentos legais de criação RIPSAs.

Como brevemente citado em parágrafos acima, o trabalho com Indicadores é primordial quando se pensa em garantir a indivíduos/usuários, profissionais e gestores de saúde informações acerca do bem-estar e da qualidade de vida de uma população. Cabe aludir que o acesso às informações de quaisquer espécies é direito assegurado a todos e reconhecido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu Artigo 5º, Capítulo I, Inciso XIV; e, que de acordo com o Código de Defesa do Consumidor de 1990 é obrigatório a fornecedores a transmissão de toda informação, suficientemente precisa, veiculada por qualquer forma ou meio de comunicação com relação a produtos e serviços oferecidos. Neste cenário, é clara a identificação de que indivíduos/usuários assumem o papel de consumidor e o SUS, conseqüentemente, o de fornecedor de Serviços de Saúde tendo, como tal, a obrigação de garantir todo tipo de informações sobre a prestação (Magalhães, ACF, Ferreira, AL, Correa, LP, Rodrigues, MC, e, Viegas, SMF, 2012).

Pereira e Tomasi, 2016, corroboram com esta premissa, entendendo que a necessidade de se construir e utilizar Indicadores para acompanhamento e avaliação vem atrelada ao desafio de se realizar ações de saúde mais efetivas junto aos usuários. Para que os gestores possam cumprir com sua responsabilidade de planejamento na Gestão do SUS faz-se mister a permanente disponibilidade de informação 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.

Belló e Becerril-Montekio, 2011, demonstram a relevância de avaliação e monitorização de Programas Sociais, Ferramentas de Gestão e Sistemas de Informação, na Argentina, abordando competências do Conselho Nacional de Coordenação de Políticas Sociais. Sala e Mendes, 2011, os incrementos para o SUS e a Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, por meio da descentralização e municipalização, do baixo impacto das ações do Programa Saúde da Família e da necessidade de Pactuação de Indicadores e Metas.

Literaturas especializadas sobre o tema são diversas, e, apresentado a importância do mesmo, citamos Paulino, 2012, que coloca a existência do esforço do MS em fazer com que parte dos recursos induza a ampliação do acesso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população, apesar da prática de avaliação a partir de Indicadores de Saúde ser ainda incipiente na Gestão

do SUS. Vê-se o interesse em incorporar o monitoramento das ações de saúde na rotina de trabalho, já que as informações produzidas possibilitam avaliar as condições da gestão e subsidiam tomadas de decisões; todavia, a prática realizada pela maioria das Equipes de Saúde da Família e por uma parte considerável de gestores municipais é embrionária.

Ainda considerando o estudo de Paulino, 2012, apontamos que o planejamento é técnica de organização, gestão e avaliação, a qual gestores do SUS deveriam e podem recorrer para que as ações de saúde produzidas vinculem-se a princípios inscritos em Políticas de Saúde. Ao ponderar o Planejamento Estratégico Situacional proposto por Matus, 1993, que incorpora o monitoramento de ações programadas como elemento intrínseco do processo de planejamento, Paulino demonstra que a produção de informações subsidia os cálculos que orientam os dirigentes na condução de um plano. O monitoramento das ações é condição necessária para executar o plano e para modificá-lo em função da conjuntura, sem perder a direcionalidade contida na sua formulação inicial; e, isto qualifica o Processo de Gestão, pois sem conhecimento não há ação planejada.

Desta forma e destacando os Indicadores da Atenção Básica como supracitados deste artigo, assinalamos que os mesmos podem ser entendidos como parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de aglomerados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo; como Paulino, 2012.

Além da implementação deste tipo de ferramenta, é imprescindível um processo de aceitação, adaptação e avaliação por parte dos profissionais envolvidos, em prol da qualificação dos Indicadores adotados e do próprio serviço, visando à qualidade do atendimento e à satisfação de indivíduos/usuários. A equipe é essencial na aplicabilidade dos Indicadores de Saúde. Ela precisa conhecer suas fontes, os instrumentos e formas de registro, e, ter domínio quanto à aplicabilidade e preenchimento; para vencer os desafios que são impostos à Saúde Pública no Brasil (Alves e Neto, 2015; Borges e Pinto, 2016; Carmo e Cerroni, 2015; Xavier, DR, Oliveira, RAD, Matos, VP, Viacava, F, e, Carvalho, 2016; Szwarcwald, CL, Escalante, JJC, Neto, DLR, Sousa-Júnior, PRB, e, Victora, CG, 2014; Magalhães, ACF, Ferreira, AL, Correa, LP, Rodrigues, MC, e, Viegas, SMF, 2012; e, Tanaka, 2011).



Paes, LG, Bellato, TMS, Machado, BP, e, Lima, SBS, 2015, atestam os informes supracitados, por meio de uma pesquisa descritiva com uma abordagem qualitativa bem interessante desenvolvida junto a Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em um município de médio porte do interior do estado de Santa Catarina. Verificou-se que os profissionais entrevistados possuem entendimento claro e condizente com aquilo que a literatura aponta como conceito de Indicador e Planejamento, entretanto: (1) trabalha-se com ausência de profissionais e acúmulos de cargos, (2) elaboram-se planos, mas permanece-se numa cultura de improvisação, especialmente, por sobrecarga de trabalho, (3) utilizam-se Indicadores apenas de uma forma quantitativa, esquecendo-se da estrutura e dos processos das ações em saúde envolvidos, (4) atua-se de forma isolada e invariavelmente ofertando serviços fixos, como se as necessidades dos usuários fossem algo estanque e imutável, e, (5) não se contemplam as necessidades reais da equipe/população, ou seja, estas não são cobradas pela Secretaria Municipal de Saúde do município em função de não estarem pactuadas.

Por fim, em conformidade a Ritter, F, Rosa, RS, e, Flores, R, 2013, salientamos o Georreferenciamento. A Estratégia de Saúde da Família no Brasil tem como objetivo a estruturação da Atenção Primária em Saúde, conforme dispõe a Portaria GM 2488/2011. Este modelo de atenção define a reorientação do SUS, baseando-se no princípio da descentralização e fundamentalmente no fortalecimento dos níveis periféricos de Atenção à Saúde, possibilitando ações com maior autonomia quando se fala em tomada de decisões frente às necessidades da população do território de abrangência da Unidade de Saúde da Família.

O Georreferenciamento pode ser considerado um processo de associação de um dado a um mapa; sendo o resultado deste processo a criação de elementos gráficos que poderão ser usados para localizar os determinantes de doença/saúde de grupos populacionais. Sistemas de Informação Georreferenciados trabalham com dados agregados por área, constituindo-se em um instrumento prático para evidenciar desigualdades existentes num dado território (Ritter, F, Rosa, RS, e, Flores, R, 2013).

Assim sendo, para que os princípios doutrinários e organizativos do SUS sejam implementados em sua plenitude, a Estratégia de Saúde da Família se fortaleça e os profissionais envolvidos sintam-se sujeitos ativos do modelo de Atenção à Saúde empreendido são necessárias não apenas avaliações e acompanhamentos sistemáticos, mas também apoio permanente – enquanto durar a descentralização – e recursos governamentais satisfatórios.

### 1.3. PLANO OPERATIVO

Abaixo, vê-se o Plano de Operativo do Projeto de Intervenção em questão, segundo situações problemáticas identificadas (Quadro 01).

Quadro 01 – Plano Operativo do Projeto de Intervenção Magnitude de Ferramentas de Gestão em Saúde: uma análise de indicadores de qualidade no município de Teresina no Piauí – 2017.

SITUAÇÃO PROBLEMA/CINCO PIORES INDICADORES	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Taxa de Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Contribuir para o monitoramento do impacto das Políticas Públicas na prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco.	(1) Assegurar o acesso de usuários/comunidade ao sistema – especialmente para tratamentos específicos, quando necessário – curto a médio prazo. Recomenda-se atingir um percentual mínimo de 70% de acessibilidade em bairros/comunidades do município.	(1) Estabelecer um Novo Pacto Federativo para adequar o financiamento voltado à Saúde. (2) Implementar novas Unidades de Saúde para atendimento de usuários/comunidade. (3) Implementar Sistema Informatizado que permita acompanhamento integral do atendimento prestado pelos profissionais de saúde.	Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI)  Gestores do Município
Proporção de Casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata	Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde.	(2) Assegurar a oferta de atendimentos de qualidade para usuários/comunidade – curto a médio prazo. Recomenda-se atingir um percentual mínimo de 90% de satisfação junto a usuários/comunidade.	(4) Realizar seleção para profissionais de saúde, visando se garantir atendimentos de qualidade em quantidade satisfatória.	
Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama.	(3) Desenvolver ações educativas de prevenção e cuidado junto à comunidade – curto prazo. Recomenda-se atingir um percentual mínimo de 80% de bairros/localidades do município.	(5) Realizar capacitações técnicas junto aos profissionais de saúde do sistema. (6) Implementar Projetos como: Academia na Praça, Alimentação Saudável, Oficinas Culinárias, Novembro Azul, Outubro Rosa, Pré-Natal Descomplicado, Parto Seguro, Semana da Amamentação e afins.	
Taxa de Mortalidade Infantil	Organizar a Rede de Atenção a Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.	(4) Atingir as metas pactuadas – curto a médio prazo. Recomenda-se atingir o percentual de 100% das metas pactuadas.		
Número de Óbitos Maternos				

SITUAÇÃO PROBLEMA/CINCO PIORES INDICADORES	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁ- VEIS
		(5) Promover melhoria das condições de saúde e vida – longo prazo. Recomenda-se atingir 80% de bairros/comunidades do município.		

#### 1.4. PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

O plano foi elaborado em função das situações problemas evidenciadas e dos objetivos propostos. Seu acompanhamento se fez por meio de precursores – Fichas de Indicadores Municipais – e sugestões de prazos. Elaborou-se uma Listagem de Indicadores de Saúde Municipais referentes ao ano de 2017; realizou-se a análise dos mesmos; e, formularam-se as propostas de melhoria.

As Fichas de Indicadores Municipais foram obtidas por meio de Sistemas de Informação – dentre eles o Sistema de Pactuação (SISPACTO) – e serviram para comparação entre os Indicadores de Saúde pactuados – achados e metas. Para tanto, consultas ao aplicativo TABNET do DATASUS foram realizadas visando à elaboração da Listagem dos Indicadores Municipais de Teresina no ano de 2017. Em seguida, reconheceram-se os cinco piores, os quais se encontravam fora das metas estabelecidas, e, necessitavam de novos olhares no que diz respeito a ações já implementadas. Neste ponto, propostas de estratégias palpáveis para melhoria dos indicadores foram pensadas, considerando-se a realidade de Teresina.

## 2. CONCLUSÃO

De uma forma geral, Indicadores de Saúde são um apanhado de informações relevantes sobre atributos e dimensões específicas acerca do Estado de Saúde de uma população em uma determinada localidade bem como do desempenho do Sistema de Saúde disponível. Devem refletir a situação sanitária e servir para a vigilância das condições de saúde. A Atenção Básica, neste âmbito, por meio de seu modelo de Estratégia de Saúde da Família, tem papel primordial na implementação e análise dos Indicadores de Saúde pactuados pelos Entes Federativos, visando a.

garantia do acesso da população aos Serviços de Saúde, mediante a organização das Redes de Saúde.

Sendo assim, buscou-se, com este projeto, a identificação de Indicadores Municipais de Saúde aquém as metas pactuadas para Teresina e para o ano de 2017 com o intuito de se analisar as ações implementadas por Gestores de Unidades Básicas de Saúde do município em questão e a magnitude da ferramenta como instrumento de gestão. Apesar da inexistência de dificuldades quanto à busca por dados nos Sistemas de Informações disponíveis, a qualidade destes e a força de vontade para fazer acontecer por parte de gestores podem ser consideradas entraves expressivos quando se pensa na validade/utilidade de relatórios a serem elaborados, os quais poderão ser minimizados por intermédio de matriciamento.

## REFERÊNCIAS

1. Alves, CG e Neto, OLM. Tendência da Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas Unidades Federadas Brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2015, 20(3): 641-654.
2. Belló, M, Becerril-Montekio, VM. Sistema de Salud de Argentina. *Salud Publica Mex*. 2011, 53(2): 96-108.
3. Borges, AB e Pinto, ESO. Análise da Taxa de Mortalidade Infantil no Município de Viçosa-MG. *Journal of Management and Primary Health Care*. 2016, 7(1): 16-16.
4. Carmo, EH e Cerroni, MP. Magnitude das Doenças de Notificação Compulsória e Avaliação dos Indicadores de Vigilância Epidemiológica em Municípios da Linha de Frinteira do Brasil, 2007 a 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015, 24(4): 617-628.
5. Lima, KWS; Antunes, JLF; e, Silva, ZP. Percepção dos Gestores sobre o Uso de Indicadores nos Serviços de Saúde. *Saúde Soc*. 2015, 24(1): 61-71.
6. Lucena, RCB. A Descentralização na Vigilância Sanitária: trajetória e descompasso. *Ver. Adm. Pública*. 2015, 49(5): 1107-1120.
7. Magalhães, ACF; Ferreira, AL; Correa, LP; Rodrigues, MC; e, Viegas, SMF. Indicadores de Saúde e Qualidade de Vida no Contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Enferm. Cent. O. Min*. 2012, 2(1): 31-42.
8. Matta, GC e Moreno, AB. Saúde Global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. *Comunicação, Saúde e Educação*. 2014, 18(48): 9-22.
9. Paes, LG; Bellato, TMS; Machado, BP; e, Lima, SBS. O Uso de Indicadores como Ferramenta de Gestão na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem*. 2015, 5(1): 40-49.

10. Paulino, GV. Implantação do Núcleo de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária na Secretaria de Saúde de Jaboatão dos Guararapes – PE. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Recife, 2012
11. Pereira, BS e Tomasi, E. Instrumento de Apoio à Gestão Regional de Saúde para Monitoramento de Indicadores de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. 2016, 25(20): 411-418.
12. Pinto, LF e Rocha, CMF. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. Ciência e Saúde Coletiva. 2016, 21(50): 1433-1448.
13. Rede Interagencial de Informações para Saúde, RIPSa. Concepção e Estruturação. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/vhl/metodologia-ripsa/concepcao-e-estruturacao/>. Acesso em: 23 de setembro de 2018.
14. Ritter, F; Rosa, RS; e, Flores, R. Avaliação da Situação de Saúde por Profissionais da Atenção Primária em Saúde com base no Georreferenciamento dos Sistemas de Informação. Car. Saúde Pública. 2013, 29(12): 2523-2534.
15. Sala, A. e Mendes, JDV. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. Saúde Soc. 2011, 20(4): 912-926.
16. Szwarcwald, CL; Escalante, JJC; Neto, DLR; Sousa-Júnior, PRB; e, Victora, CG. Estimação da Razão de Mortalidade Materna no Brasil, 2008-2011. Cadernos de Saúde Pública. 2014, 30: 571-583.
17. Tanaka, OY. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. Saúde Soc. 2011, 20(4): 927-934.
18. Xavier, DR; Oliveira, RAD; Matos, VP; Viacava, F; e, Carvalho, CC. Cobertura de Mamografias, Alocação e Uso de Equipamentos nas Regiões de Saúde. Saúde Debate. 2016, 40(110): 20-35.