



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Centro de Pesquisas Epidemiológicas – UFPel
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências



**DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE APOIO À GESTÃO REGIONAL DE
SAÚDE**

BERNADETE DOS SANTOS PEREIRA

Pelotas, 2014

BERNADETE DOS SANTOS PEREIRA

**DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE APOIO À GESTÃO REGIONAL DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre junto ao Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

Orientador: Prof^a Dr^a ELAINE TOMASI

Pelotas, 2014

BERNADETE DOS SANTOS PEREIRA

**DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE APOIO À GESTÃO REGIONAL DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

Data de Defesa: 29/05/2014

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Elaine Tomasi (Orientadora)
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini (Revisor)
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Luís Antônio Benvegnú (Revisor)
Prefeitura Municipal de Santa Rosa-RS

Agradecimentos

Ao final do Mestrado Profissional não é possível deixar de agradecer as pessoas que contribuíram nesta caminhada.

- À Andréia Pelegrini Santini que descobriu o edital da prova de seleção do mestrado e incentivou-me a este desafio;

- Aos meus pais pela formação que recebi e a compreensão da minha ausência neste período;

- À minha irmã e minha sobrinha pelo carinho com que fui acolhida durante o período das aulas e orientação;

- À Coordenação e colegas da 4ªCRS - Santa Maria, pela colaboração no desenvolvimento do trabalho e participação no teste piloto da ferramenta construída;

- À Darielle Neves pelo apoio e ajuda sempre que precisei;

- Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências da UFPEL pelo conhecimento recebido;

- Aos funcionários do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPEL pela simpatia e educação;

- Aos meus colegas de mestrado pelo convívio agradável, pelas trocas de experiências profissionais, além das festas maravilhosas;

- À minha orientadora Professora Dr^a Elaine Tomasi, pela acolhida, competência, conhecimento e capacidade de ajudar-me a fazer um trabalho de conclusão desafiador e motivador.

Apresentação

Esta Dissertação de Mestrado Profissional Saúde Pública Baseada em Evidências, conforme previsto no regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, está composta das seguintes seções:

I – Projeto de pesquisa: entregue em abril de 2013 e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. A versão apresentada já contém as modificações sugeridas pelos revisores.

II – Relatório do Trabalho de Campo

III – Resultados

IV – Discussão

V – Conclusão

VI – Nota à imprensa: texto contendo os principais resultados do estudo, a ser enviado para divulgação na imprensa.

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
LISTA DE SIGLAS	9
LISTA DE FIGURAS	10
LISTA DE QUADROS	11
I PROJETO DE PESQUISA	13
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA	13
1.2 JUSTIFICATIVA	19
1.3 OBJETIVOS	21
1.4 MATERIAIS E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	21
1.5 RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS	25
1.6 DIFICULDADES	25
1.7 CRONOGRAMA	26
1.8 ASPECTOS ÉTICOS	26
1.9 ORÇAMENTO	27
1.10 REFERÊNCIAS	28
1.11 ANEXO: Notas Técnicas dos Indicadores	30
II RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	57
2.1 Escolha dos indicadores de saúde	57
2.2 Busca nas fontes de dados	59
2.3 Organização dos dados	59
2.4 Teste piloto da IGRES	60
III RESULTADOS	65
3.1 Apresentação: telas da ferramenta IGRES	65
3.2 Análise dos indicadores de saúde	69
IV DISCUSSÃO	80
V CONCLUSÕES	85
VI REFERÊNCIAS	86
VII NOTA À IMPRENSA	87

RESUMO

Entre as diretrizes do SUS está a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e a alocação de recursos financeiros. Em 2011 foram instituídas as Regiões de Saúde, preconizando uma gestão baseada em metas, indicadores e resultados. A disponibilidade articulada de um conjunto de informações é necessária para que os gestores possam cumprir com a responsabilidade de planejamento na gestão do SUS. A 4ª CRS é composta por duas regiões de saúde: a Região Entre Rios com 11 municípios e a Região Verdes Campos com 21 municípios. Os objetivos deste estudo foram analisar indicadores de saúde e criar uma ferramenta que oportunize o conhecimento da realidade de saúde dos municípios, facilitando o planejamento e a avaliação da gestão da saúde. Em 2013, através de uma pesquisa de desenvolvimento, a ferramenta “Indicadores para a Gestão Regional de Saúde” (IGRES) foi construída com base no programa Excel®. Foram analisados 51 indicadores em sete categorias - IDSUS, mortalidade, recursos, demográficos, socioeconômicos, cobertura e morbidade e fatores de risco - dos quais 40 foram incluídos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPEL. No perfil de cada município disponibiliza-se a pirâmide etária da população, uma seleção de denominadores populacionais, uma lista das cinco principais causas de morte e dos cinco principais motivos de internação hospitalar. Gráficos permitem a comparação de cada indicador entre os municípios que compõem cada Região de Saúde. Todos os indicadores podem ser atualizados a cada ano, conforme a disponibilização dos resultados nos sistemas de informação do DATASUS. Há um excesso de indicadores de saúde em todas as áreas e a maioria não apresenta atributos para que possam ser incorporados nos processos de planejamento das Regiões de Saúde e apoiar a gestão do SUS. É urgente uma revisão dos diferentes sistemas de informação, suas limitações e potencialidades, incorporando a necessidade de interconexão entre eles. O ideal seria que a ferramenta aqui desenvolvida pudesse ser utilizada e qualificada na rotina dos planejadores e gestores em saúde. Longe de ser a solução para todos os problemas, acredita-se que ela poderia desencadear um processo de educação em saúde com potencial para ser estendido a outras instâncias do sistema de saúde.

Palavras-chave: indicadores de saúde; gestão; planejamento; sistemas de informação;

ABSTRACT

The SUS guidelines recommend the use of epidemiology to establishing priorities and allocation of financial resources. In 2011 it was created Regions of Health, advocates the management based on goals, indicators and results. The availability of an articulated set of information is necessary for managers to fulfill the responsibility of planning in SUS management. The 4th CRS consists of two regions of health: Entre Rios with 11 municipalities and Verdes Campos with 21 municipalities. The objectives of this study were to analyze health indicators and create a tool to improve the knowledge of the municipal health situation by facilitating the planning and evaluation of health management. In 2013, through a survey of development, a tool called "Indicators for Regional Health Management" (IGRES) was built on Excel®. It was analyzed 51 indicators in seven categories - IDSUS, mortality, resource, demographic, socioeconomic, coverage and morbidity and risk factors - of which 40 were included in the IGRES. The project was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine - UFPEL. In each municipality profile, IGRES provides the population age structure, one selection of population denominators, one list of the five leading causes of death and the five main reasons for hospitalization. Charts allow the comparison of each indicator among the municipalities inside each Health Region. All the indicators can be updated every year, according to the results available in information systems from DATASUS. There are too many health indicators in all áreas, most of them do not have the attributes that can be incorporated in the planning of health regions and support the SUS management. We propose to review the different information systems, their limitations and potential, incorporating the need to interconnect them. Ideally, the tool developed here could be used and qualified into routine of planners and health administrators. Far from being the solution to all problems, we believed that the tool could trigger a process of health education with potencial to be extended to other levels of the health system.

Keywords : health indicators; management; planning; information systems;

LISTA DE SIGLAS

CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CRS	Coordenadoria Regional de saúde
4ª CRS	Quarta Coordenadoria Regional de saúde
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normal Operacional Básica
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos e Notificações
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIOPS	Sistema de Informação de Orçamento Público em saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Epidemiologia no processo da gestão da saúde (a)	62
Figura 2. Epidemiologia no processo da gestão da saúde (b)	62
Figura 3. Teste piloto no laboratório de informática (a)	63
Figura 4. Teste piloto no laboratório de informática (b)	63
Figura 5. Teste piloto no laboratório de informática (c)	64
Figura 6. Tela de abertura da IGRES	65
Figura 7. Tela de seleção de municípios	66
Figura 8. Tela com informações demográficas e de morbi- mortalidade para o município de Santiago	66
Figura 9. Tela com indicadores selecionados	67
Figura 10. Exemplo do Indicador de Mortalidade Infantil para todos os municípios de ambas as regiões	68
Figura 11. Exemplo do Indicador de recursos próprios aplicados em saúde para todos os municípios de ambas as regiões	68
Figura 12. Tela parcial da aba “Fonte dos dados”	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Indicadores do IDSUS selecionados para o estudo	23
Quadro 2. Outros indicadores selecionados para o estudo	24



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Centro de Pesquisas Epidemiológicas – UFPel

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

Mestrado Profissional Saúde Pública Baseada em Evidências



**DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE APOIO À GESTÃO REGIONAL DE
SAÚDE**

PROJETO DE PESQUISA

BERNADETE DOS SANTOS PEREIRA

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a ELAINE TOMASI

PELOTAS – RS

2013

I PROJETO DE PESQUISA

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8.080/90 procura assegurar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, assim como previsto na Constituição Federal de 1988. A Lei estabelece o compromisso dos três entes federados - União, estados e municípios - na organização e efetivação do SUS, com um comando único em cada esfera de governo, para garantir o acesso e o cuidado da integralidade do usuário de forma hierarquizada e regionalizada (BRASIL, 1990).

Com a implantação do SUS, os municípios passaram a ser responsáveis pela gestão em saúde no seu território. De modo geral, a gestão pode ser entendida como a atividade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. (CONASS, 2011).

Entre as diretrizes do SUS está a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (BRASIL, 1990).

Em consonância com isso, a partir da Portaria do Ministério da Saúde (MS) 476/1999, é proposto o **Pacto de Gestão** entre as secretarias municipais, estaduais e o Ministério da Saúde, alterando a lógica do financiamento e impulsionando mudanças no modelo de atenção à saúde. O pacto de gestão propunha metas a serem alcançadas através de indicadores da atenção básica acordados entre as três esferas, que deveriam ser monitorados e avaliados sistematicamente.

O monitoramento pode ser entendido como um conjunto de procedimentos que permite observação, aferição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno nessa área específica da saúde. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços visando a obtenção de informações em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, a identificação, o encaminhamento de solução e a redução de problemas (BRASIL, 2009).

Também como forma de organização e funcionamento do SUS, as Normas Operacionais Básicas (NOB's) foram criadas na década de 1990, e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001 e 2002 sendo regulamentadas por portarias e fizeram o caminho inverso à descentralização, embora os municípios tivessem autonomia ficaram condicionados aos repasses financeiros expandidos pelo nível federal (BRASIL, 2006).

As NOBs traziam a proposta de um novo modelo de atenção à saúde através da descentralização e da regionalização, o que foi dificultado pela centralidade dos recursos na esfera federal, limitando a liberdade dos municípios atuarem sobre os Planos de Saúde conforme a realidade local, além das competências estaduais ficarem bastante restrita na gestão do SUS. Já as NOAS na tentativa de fortalecerem a gestão do SUS propunham modelos de assistência, definindo o papel dos municípios nestes cenários e vinculando recursos financeiros independente das realidades apresentadas.

Frente a essa situação, houve a necessidade de um diálogo entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais da Saúde - representadas pelo CONASS e Secretárias Municipais de Saúde - representadas pelo CONASEMS, para construírem novas possibilidades de gestão do SUS, de forma mais articulada, representativas e solidárias. (BRASIL, 2006).

Através da Portaria 399-GM, de 2006 é criado o **Pacto pela Saúde**, com três componentes: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, ampliando a proposta de articulação entre os entes federados, buscando a efetivação do SUS através do processo de Gestão da Saúde em cada esfera, fortalecendo a descentralização e a regionalização da saúde. Ressalta-se que no Estado do Rio Grande do Sul (RS) o Pacto pela Saúde obteve adesão em reduzido número de municípios. A maioria continuou pactuando de forma burocrática o Pacto pela Vida, que era obrigatório, não assinando o Termo de Compromisso de Gestão que englobava todos os Pactos.

As dificuldades encontradas para a organização do SUS não foram totalmente contempladas através das Normas Operacionais Básicas: NOB93, NOB94, NOAS 2001 e 2002 e Pacto pela Saúde 2006. Em uma recente iniciativa de regulamentação, o Decreto 7.508/11 vem preencher essa lacuna do arcabouço

jurídico da Lei 8.080/90 na organização da descentralização, regionalização, relação entre os entes federados e planejamento da saúde em cada nível de gestão.

A partir deste Decreto estabelece-se uma nova forma de pactuação, priorizando a regionalização, o cumprimento de metas para o financiamento da saúde na região, deixando de ser uma ação burocrática de formalidade para ter um aspecto jurídico legal através do COAP (Contrato organizativo de Ação Pública). Fortalece-se com isso a necessidade de planejamento, de monitoramento e avaliação das metas pactuadas, tanto pelo município como pela Regional de Saúde.

1.1.1 Planejamento e Gestão no Sistema Único de Saúde: Decreto 7.508/11 e a Implantação das Regiões em Saúde

Segundo o Ministério da Saúde (2009), o planejamento é necessário para que haja viabilização e resolubilidade das medidas estabelecidas e implementadas, sendo esta uma medida principal para desenvolver potencialidades para um planejamento de caráter estratégico para a qualificação da gestão no SUS.

No processo atual de planejamento do SUS, os instrumentos básicos são: o Plano Municipal de Saúde (PS), as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), e todos estão relacionados diretamente com o exercício da função gestora em cada esfera de governo. No acompanhamento da gestão da saúde dos municípios, nota-se que esses instrumentos, assim como algumas políticas e programas, ainda são apenas formalidades burocráticas. Tal situação pode ser reflexo da cultura de não realizar planejamento na saúde, focando apenas nas demandas do cotidiano (BRASIL, 2009).

Baseado nesta percepção, o Decreto 7.508/11 traz um novo marco para a organização do Sistema Único de Saúde no Brasil, quando se refere à regulamentação da Lei 8.080/90 nas questões como planejamento em saúde, assistência à saúde e articulações inter-federativas. Neste cenário, criou-se o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), onde os três entes federados passam a assumir de forma colaborativa a organização e a integração dos serviços de saúde em rede de atenção, regionalizada e hierarquizada, na região de saúde. O COAP define as responsabilidades de cada ente, os indicadores e metas da saúde,

os critérios de avaliação e desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, além de formas de controle e avaliação necessárias.

O Decreto tem como proposta principal a organização da saúde em regiões de saúde, espaços geográficos contínuos por agrupamento de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de rede de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar e organizar o planejamento e a execução de serviços de atenção à saúde, buscando com isso a superação das dificuldades (CIT, 2011).

Neste cenário a regulação estatal não pode faltar e nem ser transferida. Com isso é necessária a consolidação de uma gestão baseada em metas e resultados que são obrigatórios na afirmação e transparência da agenda pública. Assim sendo, fez-se necessário construir e utilizar indicadores de monitoramento e avaliação, que apresentem a realidade passada, presente e futura do Sistema Único de Saúde, com o desafio de ter ações de saúde mais efetivas às necessidades dos usuários (BRASIL, 2011).

1.1.2 O Uso da Epidemiologia na Gestão, Planejamento e Avaliação em Saúde

O planejamento da saúde tem lugar de destaque na agenda da gestão de forma ascendente, contínua e articulada entre todas as esferas. As intervenções locais, regionais e nacionais devem ser baseadas nas necessidades de saúde da população conforme critérios epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos. Além disso, tais, intervenções prioritárias nos territórios devem ser expressas em diretrizes, objetivos e metas de saúde, na programação anual de saúde e na conformação das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Segundo Rouquaryol e Goldbaum (2003), a epidemiologia é a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação em saúde. Com isso, a epidemiologia é uma ferramenta fundamental para o processo de avaliação e organização dos

serviços de saúde com ações resolutivas com vistas à mudança da realidade sanitária, tendo em vista todo o potencial de indicadores que produz.

Os indicadores de saúde são utilizados para facilitar a quantificação e avaliação das informações em saúde. Em termos gerais, são medidas sintéticas que contêm informações relevantes sobre a realidade sanitária. Tornam-se importantes tanto para a tomada de decisões baseadas em evidências como para a programação das ações de saúde (OPAS, 2008).

Conforme Berreta e colaboradores (2011), para que os gestores possam cumprir com a responsabilidade de planejamento na gestão do SUS, é necessária a permanente disponibilidade de informações, que os auxiliem na reflexão, na operacionalização das atividades de planejamento, subsidiando a tomada de decisões e a busca de soluções para as necessidades encontradas.

Os indicadores de saúde, quando gerados de forma regular em um sistema dinâmico, podem ser instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação em saúde em todos os níveis (OPAS, 2008).

Entretanto encontra-se dificuldades em construir séries históricas de indicadores básicos, devido a constante troca dos mesmos nas sucessivas pactuações. Citando o exemplo da Redução da Mortalidade Infantil e Materna, até o ano de 2008 no Estado do RS, pactuava-se dois indicadores para aprimorar a qualidade do pré-natal: proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer e proporção de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer; a partir de 2009 estes indicadores deixaram de ser pactuados, limitando com isso a avaliação da qualidade do pré-natal.

Outro problema em relação aos indicadores de saúde refere-se ao período que são disponibilizados os dados. De modo geral, encontram-se os dados para o numerador em um sistema de informação e para o denominador em outro sistema de informação, o que dificulta sua obtenção.

Esta avaliação deve ser institucionalizada e fazer parte do processo de trabalho das equipes de saúde, monitorando a capacidade da instalação dos serviços e ações tanto em nível da assistência e toda a infraestrutura e

equipamento, visando dar suporte às equipes de saúde, gestores, políticos e dar respostas à comunidade (YVES & TAKEDA, 2006).

No entanto, os desafios encontrados na vida real dos municípios, com a rotatividade de profissionais e troca de gestores políticos e na Gestão Regional, que geralmente é afetada por ocasiões das mudanças na gestão política, interferem muitas vezes na estruturação ou continuidade do processo de trabalho das equipes de saúde.

Para a concretização da avaliação e qualificação do SUS, o Ministério da Saúde (2011) criou o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) com os propósitos de: (I) avaliar o desempenho do SUS nos municípios, nas regionais de saúde, nos estados, nas regiões geopolíticas e no país; (II) avaliar o acesso e a efetividade nos diferentes níveis de atenção - básica, especializada ambulatorial, hospitalar e urgência e emergências; e (III) expressar essa avaliação a partir de indicadores simples e compostos. Esta proposta busca avaliar o SUS no cumprimento de suas diretrizes através de indicadores de acesso e efetividade dos serviços de saúde em cada esfera. Está composto de 24 indicadores (14 de acesso potencial ou obtido e 10 de efetividade), distribuídos entre todos os níveis de atenção (BRASIL, 2011) – Ver Quadro 1.

1.1.3 A Importância do Sistema de Informação em Saúde (SIS) na Gestão, Planejamento e Avaliação em Saúde.

No artigo 15º da lei 8.080/90, está definida como atribuição da União, Estados, Distrito Federal e municípios, o acompanhamento, a avaliação e a divulgação do nível de saúde da população e a organização e coordenação dos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 1990).

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) tem como objetivo básico possibilitar a análise da situação da saúde em nível local, tendo como referência as microrregiões homogêneas e considerando, necessariamente, as condições de vida da população (CONASS, 2007).

Diferentes sistemas de informação encontram-se disponíveis aos gestores, tanto aqueles voltados à operação de estabelecimentos assistenciais, à gerência de serviços e à investigação e ao controle de diversas doenças, que devem ser

utilizados para o planejamento de intervenções sobre a realidade sanitária (CONASS, 2007).

Os integrantes das equipes de saúde deveriam encontrar nas informações em saúde a base e a sustentação para desencadear o planejamento das ações locais e atividades locorregionais, contando com o sistema de informação como ferramenta para a produção de informações (BARBOSA&FORSTER, 2010).

1.2 JUSTIFICATIVA

O estado do Rio Grande do Sul está dividido em dezenove (19) Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). A 4ª CRS é responsável administrativamente por 31 municípios na sua área de abrangência (Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Jaguari, Jarí, Júlio de Castilhos, Mata, Nova esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé , São Vicente do Sul , Silveira Martins, Toropi, Unistalda, Vila Nova do Sul).

A 4ª CRS é composta por duas regiões de saúde: a Região Entre Rios com 11 municípios, um deles pertencente a outra CRS, e a Região Verdes Campos com 21 municípios.

Com a implantação do Decreto Federal 7.508/11, o processo de trabalho dos técnicos da CRS vai além da assessoria à implantação e implementação de políticas de saúde no município e passa a ter o papel de implantar e assessorar no planejamento e avaliação da gestão da saúde nas regiões de saúde.

No caso da 4ª CRS, os técnicos do Grupo de Monitoramento e Avaliação, responsáveis por estas novas tarefas, ainda não dispõem de instrumentos que os auxiliem, tendo que lidar com um conjunto grande de informações para cada município de forma não articulada, dificultando o êxito destas atividades.

Ressalta-se a pouca utilização das informações em saúde disponíveis em vários sistemas de informações, muitas vezes com duplicação de dados e

dificuldade de acesso e análise. Percebe-se no cotidiano do trabalho, tanto no nível regional como nos municípios, o escasso uso das informações em saúde na prática de monitoramento e avaliação. Quando ocorre, o foco é exclusivo do indicador relacionado a determinada ação programática, sem levar em conta outras informações disponíveis.

Por exemplo, ao analisar o indicador de 7 ou mais consultas de pré-natal, seria interessante relacionar com o percentual de parto normal, grau de urbanização, taxa de analfabetismo, saneamento básico, mortalidade infantil, número de profissionais médicos por habitantes.

Desta forma, justifica-se o presente estudo, visando criar uma ferramenta que oportunize o conhecimento da realidade de saúde dos municípios, facilitando assim o processo de trabalho de uma coordenadoria regional de saúde. A ferramenta deverá ser útil para a assessoria técnica no acompanhamento dos indicadores pactuados no COAP, pelos gestores municipais de cada Região de saúde, com vistas à qualificação do planejamento e avaliação da gestão da saúde.

Acredita-se que este instrumento seja relevante possibilitando desencadear ações que instrumentalizem o processo de trabalho do grupo técnico da regional na assessoria aos municípios, concorrendo com isso para qualificar o modelo de gestão de atenção à saúde na região, com potencial de uso posterior em outras coordenadorias.

Frente a este contexto, apresenta-se a questão problematizadora que orientará o projeto de pesquisa:

Quais são e como podem se articular as diferentes informações utilizadas no processo de planejamento e avaliação da gestão por parte da assessoria técnica das Regionais de Saúde?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral:

Desenvolver uma ferramenta informatizada para subsidiar o Grupo de Monitoramento e Avaliação da 4ª CRS na assessoria das Regiões de Saúde.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Selecionar indicadores socioeconômicos, demográficos, recursos, cobertura, mortalidade, morbidade e fatores de risco prioritários para planejamento em saúde, incluindo os indicadores do IDSUS e do COAP;
- Identificar as fontes e descrever o acesso a cada um dos indicadores, descrevendo suas características principais e suas rotinas de coleta e atualização;
- Reunir todos os indicadores em uma única planilha eletrônica;
- Articular indicadores de forma a gerar sínteses situacionais dinâmicas – tabelas, gráficos, índices - sobre a realidade dos municípios sob responsabilidade das regionais de saúde;

1.4 MATERIAIS E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

1.4.1 Delineamento:

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento. É o tipo de pesquisa que utiliza, de maneira sistemática, os conhecimentos existentes com o objetivo de desenvolver um novo instrumento de medida ou aperfeiçoar um já existente. Este tipo de pesquisa se caracteriza por não testar hipóteses, não procurar verificar relações causais entre variáveis, além de não levar em conta as características de um grupo de sujeitos. Portanto, é uma pesquisa que visa construir, melhorar ou validar um instrumento de medida ou elaborar uma intervenção.

1.4.2 Instrumento:

A ferramenta será construída com base no programa Excel®, sendo utilizados os recursos do aplicativo para fórmulas, tabelas dinâmicas, planilhas relacionadas e gráficos.

Inicialmente, foram incluídos os vinte e quatro indicadores do IDSUS, por ser componente prioritário do monitoramento e avaliação de desempenho conforme a Resolução Nº 3, de 30 de Janeiro de 2012 sobre as Normas e Fluxos do COAP. Para a escolha dos demais indicadores foram considerados a simplicidade de cálculos e sua disponibilidade nos diferentes sítios oficiais com acesso pela Internet.

Optou-se ainda por incluir um Indicador Universal de duas diretrizes (3,5), entre as onze diretrizes que fazem parte do COAP, e que não estavam contemplados nos Indicadores do IDSUS, sendo obrigatórios para o processo de pactuação municipal.

A escolha dessas diretrizes se deu ao fato de que todos os municípios da Regional fazem o pacto destes indicadores, estes indicadores substituirão os indicadores do Pacto pela Saúde, em relação aos indicadores das demais diretrizes, são incipientes ou não se aplica a realidade local.

Também serão incluídos indicadores demográficos, socioeconômicos, recursos, cobertura, mortalidade, morbidade e fatores de risco que possuem requisitos básicos para o processo de gestão da saúde. Os Quadro 1 e 2 apresentam os indicadores e suas respectivas fontes de obtenção.

O ano de referência será escolhido conforme o último dado disponível no sistema. Para os indicadores em que houver variação mensal, optou-se pelo último mês do ano anterior ao vigente.

Para cada indicador será realizada uma avaliação crítica aplicando-se os seguintes critérios: validade; confiabilidade, sensibilidade, mensurabilidade, relevância, custo-efetividade.

Quadro 1. Indicadores do IDSUS selecionados para o estudo.

Tipo	Indicadores	Fonte
DIVERSOS	Cobertura Populacional pelas equipes básicas de saúde	CNES e IBGE
	Cobertura Populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	CNES e IBGE
	Cobertura com vacina tetravalente em menores de 1 ano	SI-PNI e SINASC
	Proporção nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas pré-natal	SINASC
	Razão exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população da mesma faixa etária	SIA-SUS e IBGE
	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	SIA-SUS e IBGE
	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade	SIA-SUS e IBGE
	Razão de procedimentos de alta complexidade selecionados e população residentes	SIA-SUS e IBGE
	Razão de internações clínico-cirúrgica de média complexidade e população residente	SIH-SUS e IBGE
	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	SIM
	Razão de internações clínico-cirúrgico de alta complexidade, por habitante	SIH-SUS e IBGE
	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	SINAN e IBGE
	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase	SINAN e IBGE
	Taxa de incidência de Sífilis Congênita	SINAN e SINASC
	Proporção de Internações sensíveis à atenção básica (ISAB)	SIH-SUS
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	SIA-SUS e IBGE
	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	SIA-SUS e IBGE
	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	SIH-SUS
	Proporção de parto normal	SINASC
	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, na Unidade Terapia Intensiva (UTI)	SIH-SUS

	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes	SIA-SUS
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	SIA-SUS
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes	SIH-SUS
	Proporção de internações de alta complexidade para não residentes.	SIH-SUS

Quadro 2. Outros indicadores selecionados para o estudo.

Tipo	Indicadores	Fonte
DEMOGRÁFICOS	População Total	IBGE
	Razão de Sexos	IBGE
	Grau de Urbanização	IBGE
	Proporção de idosos na população	IBGE
	Expectativa de vida ao nascer	IBGE
MORTALIDADE	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	SIM
	Coeficiente de Mortalidade Infantil	SIM-SINASC
	Mortalidade proporcional por causas mal definidas	SIM
MORBIDADE E FATORES DE RISCO	Taxa de Detecção Hepatite B	SINAN e IBGE
	Taxa de Detecção Hepatite C	SINAN e IBGE
	Taxa de Incidência de Tuberculose	SINAN e IBGE
	Taxa de Detecção de Hanseníase	SINAN e IBGE
	Taxa de Incidência de AIDS > de 13 anos	SINAN e IBGE
SÓCIO-ECONÔMICOS	Taxa de analfabetismo	IBGE
	Proporção de famílias com Bolsa Família	MDS e IBGE
RECURSOS	Número de médicos por habitantes	CNES-IBGE
	Número de enfermeiros por habitantes	CNES-IBGE
	Número de odontólogos por habitantes	CNES-IBGE
	Número de outros profissionais de nível superior por habitantes	CNES-IBGE
	Gasto público com saúde per capita	SIOPS

1.4.3 Logística:

Uma primeira versão da ferramenta deverá ser colocada em teste, para que possa ser aperfeiçoada. Os membros do Grupo Técnico da 4ª CRS serão responsáveis pelos testes e comentários. Após os ajustes, nova versão será disponibilizada para mais uma rodada de testes pelos mesmos sujeitos.

Será promovida uma capacitação para o Grupo Técnico da 4ª CRS em relação aos indicadores e à ferramenta.

1.5 RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS

Acredita-se que a criação da ferramenta oportunize um acesso rápido aos resultados dos indicadores de cada município, possibilitando a avaliação da situação de saúde de cada município e da Região de Saúde.

Os resultados do estudo serão apresentados à Coordenação e trabalhadores da 4ª CRS, aos gestores municipais de saúde e ao gestor estadual da Saúde, para que possa ser incorporado ao processo de trabalho de outras equipes.

1.6 DIFICULDADES

As dificuldades para realizar este trabalho estarão relacionadas à duplicidade de sistemas de informação, inexistência de algumas informações e problemas de acesso.

Quando houver duplicidade de informações buscaremos usar o sistema de informação com o dado mais atualizado. No caso de não existir a informação direta do indicador, usaremos as informações disponíveis nos sistemas para efetuarmos o cálculo.

1.7 CRONOGRAMA

	2013								2014			
	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A
Atividade	X	X										
Elaboração do projeto	X	X										
Definição das funcionalidades			X	X								
Definição dos indicadores			X	X	X	X						
Coleta de dados					X	X						
Primeira versão da ferramenta							X	X				
Testes com a primeira versão							X	X				
Ajustes pós-teste									X	X		
Segunda versão da ferramenta									X	X		
Testes com a segunda versão										X		
Análise do processo e avaliação											X	
Redação do artigo											X	
Defesa da dissertação												X

1.8 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto será encaminhado ao Comitê de Ética da área da Saúde da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para avaliação e parecer conforme Resolução 196-96 do Conselho Nacional de Saúde.

Este estudo utilizará dados secundários disponíveis nos bancos de dados dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde.

1.9 ORÇAMENTO

Dadas às características do estudo, apenas estão sendo previstos gastos com manutenção de computador e impressora, aquisição de pen-drive e DVD para gravação do produto final. Estima-se gastar cerca de R\$ 500,00, que serão custeados pela mestranda.

1.10 REFERÊNCIAS

BANDEIRA, M. Tipos de Pesquisa. Departamento. Laboratório de Psicologia Experimental, Departamento de Psicologia – FUNREI. Disciplina: Modelos de Investigação e Produção em Psicologia, SD, 2013.

BERRETA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M.C. M. Modelo de Avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Caderno de Saúde Pública, nov. Rio de Janeiro, 2011. p. 2143-2154;

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde-Conselho nacional de Saúde – Brasília: CONASS, 2011, p.291.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS Avanços e Desafios, 1ª Edição Brasília, 2006, 164p.

_____. Decreto/7508/11 – Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011. Brasília: Senado Federal, 2011.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z garantindo saúde nos municípios. 3ª ed. Brasília: CONASEMS, 2009.

_____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 476, de 14 de abril de 1999.

_____. Lei Orgânica da Saúde – lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado federal, 1990.

_____. Ministério da saúde. Secretaria – Sistema de Planejamento do SUS – Uma Construção Coletiva – Monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS. Vol. 8. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica- 4 ed.-Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Série Pactos Pela Saúde. Pactos pela Vida e de Gestão. Vol. 2, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS - Uma Construção Coletiva – Formulação de Políticas específicas de saúde. Vol. 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BARBOSA, D.C.M.; FORSTER, A.C. Sistema de Informação em Saúde: a Perspectiva e a avaliação dos Profissionais envolvidos na Atenção Primária a Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. Cad.Saude Coletiva, 2010, Rio de Janeiro, 18(3), p.424-433.

GARCES, S.B.B. Classificação e Tipos de Pesquisa. Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ, abril, 2010.

HARTZ, Z.M.; SILVA, L. Avaliação em Saúde – Dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Edufba. Salvador/Rio Janeiro, jul. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Interagencial de Informação à Saúde – RIPSa. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

PAIM, J.S. Epidemiologia e Planejamento a recomposição das práticas epidemiológica na gestão do SUS. Revista Ciência e Saúde Coletiva V.8, n.2 p.557-567, 2003.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança; Revista Ciência & Saúde Coletiva,p.564-576, 2006.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde. Resolução nº 555/12 – Comissão Intergestora Bipartite (CIB)/RS. Porto Alegre, 2012.

ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doença. In Rouquayrol M.; Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde 6ª ed. Rio de Janeiro Medsi Cap.2 p. 17-33,2003.

VIANNA, S.M.; BARATA, R.B.; SANTOS, J.R.S.; NUNES, A. Medindo as desigualdades no Brasil: Uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

YVES, T.; TAKEDA, S. Avaliar uma responsabilidade, Revista Ciência & Saúde Coletiva, p.564-576, 2006.

1.11 ANEXO: Notas Técnicas dos Indicadores

INDICADORES DO IDSUS

INDICADOR 1. Cobertura Populacional estimada pelas equipes básicas de saúde	
Descrição:	Nº de equipes de saúde da família (ESF) + nº de equipes da atenção básica, formada por 60h semanais de clínica médica, ginecologia e pediatria para cada 3 mil pessoas residentes no município, no ano.
Método de cálculo:	Nº médio anual de equipes da saúde da família + nº médio anual de cargas horárias de 60h semanais da clínica médica, ginecologia e pediatria) x por 3 mil: Grupos de indicadores - IDSUS pela população residente no município.
Fonte:	CNES e IBGE
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	100% de cobertura considerando uma equipe para 3 mil habitantes
Pontuação:	SE resultado ->parâmetro nota = 10 SE resultado <parâmetro nota decrescente proporcional ao % do parâmetro.
Interpretação:	Mede a cobertura das equipes básicas de saúde (ESF ou clínica médica, ginecologia e pediatria). Maior cobertura indicaria maior oferta de serviços das clínicas básicas e facilidade de acesso.

INDICADOR 2. Cobertura Populacional estimada pelas equipes básicas de saúde de Saúde Bucal	
Descrição:	Nº de equipes de saúde bucal da saúde da família + o nº de equipes de atenção básica formadas por cirurgiões dentistas com 60h semanais para cada 3 mil pessoas residentes no município, no ano.

Método de cálculo:	Nº médio anual de equipes da saúde bucal da família + nº médio anual de cargas horárias de 60h semanais de dentistas) x por 3 mil: pela população residente no município.
Fonte:	CNES e IBGE
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	50% de cobertura considerando uma equipe para 3 mil habitantes
Pontuação:	SE resultado -> parâmetro nota = 10 SE resultado <parâmetro nota decrescente proporcional ao % do parâmetro.
Interpretação:	Mede cobertura das equipes básicas de saúde bucal. Maior cobertura indicaria maior oferta de serviços de odontologia básica e facilidade de acesso.

INDICADOR 3. Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano.	
Descrição:	Cobertura vacinal da vacina tetravalente (contra difteria, coqueluche, tétano e <i>haemophilus influenzae</i> tipo b), em menores de um ano de idade, em determinado município e ano.
Método de cálculo:	(Nº de crianças menores de um ano vacinadas com a 3ª dose da tetravalente: pela população de menores de um ano) x por 100.
Fonte:	SI-PNI e SINASC
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	95%
Pontuação:	SE resultado ->parâmetro nota = 10 SE resultado <parâmetro nota = decrescente proporcional ao parâmetro – 60%. SE resultado <60% nota=0
Interpretação:	Mede a efetividade do programa de vacinação.

INDICADOR 4. Proporção nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal	
Descrição:	Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos, com sete ou mais consultas de pré-natal, em determinado município e ano.
Método de cálculo:	(Nº de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal em determinado município e período: pelo nº de nascidos vivos, no mesmo município e período) x por 100.
Fonte:	SINASC
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	90% das mães com sete consultas de pré-natal ou mais.
Pontuação:	Pontuação “principal” SE resultado = parâmetro nota = 10 SE resultado < parâmetro nota = decrescente proporcional ao % do parâmetro. Pontuação de “acrécimo” -para o % de mães com menos de sete consultas de pré-natal, o município receberá uma pontuação que será somada à pontuação principal da seguinte forma: SE resultado = 100% das mães com quatro a seis consultas nota = 6 SE resultado < 100% das mães com quatro a seis consultas nota = decrescente proporcional ao % de mães com quatro a seis consultas. SE resultado = 100% das mães com uma a três consultas nota = 1
Interpretação:	Cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribui na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e nº de casos de sífilis

	congenita.
--	------------

INDICADOR 5. Razão exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população da mesma faixa etária.

Descrição:	Nº de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos residentes, em relação à população feminina residente na faixa etária de 25 a 59 anos, em três anos, em determinado município e ano.
Método de cálculo:	Nº de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano dividido pela população feminina, na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano.
Fonte:	SIA-SUS e IBGE
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	90% das mulheres de 25 a 64 anos com um exame a cada três anos
Pontuação:	SE resultado >parâmetro nota = 10 SE resultado <parâmetro nota = decrescente proporcional ao percentual do parâmetro
Interpretação:	Expressa a produção de exames citopatológicos do útero (Papanicolau) na população alvo do rastreamento do câncer do colo do útero (população feminina de 25 a 64 anos)

INDICADOR 6. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária.

Descrição:	Nº de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos residentes e a população feminina nesta faixa etária, em determinado município e ano.
Método de cálculo:	Nº de mamografias realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos, em determinado município e ano dividido pela população feminina nesta faixa etária, em determinado município e ano.

Fonte:	SIA-SUS e IBGE
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	70% das mulheres de 50 a 69 anos com um exame a cada dois anos
Pontuação:	SE resultado ->parâmetro nota = 10 SE resultado <parâmetro nota decrescente proporcional ao % do parâmetro.
Interpretação:	O nº de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos permite inferir as desigualdades no acesso à mamografia e no rastreamento do câncer de mama nas mulheres de 50 a 69 anos.

INDICADOR 7. Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente	
Descrição:	Nº de procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade, por 100 residentes, em determinado município, no ano considerado.
Método de cálculo:	Taxa da população de referência multiplicada pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização por faixa etária e sexo.
Fonte:	SIA-SUS e IBGE
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	2,6 procedimentos por 100 habitantes
Pontuação:	SE resultado ->parâmetro nota = 10 SE resultado <parâmetro nota decrescente proporcional ao % do parâmetro.
Interpretação:	Mede a relação entre a produção de procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade, com financiamento pelo SUS e a população residente na mesma área geográfica, indicando o acesso obtido ou cobertura realizada para tais procedimentos.

INDICADOR 8. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade
--

selecionados e população residente.	
Descrição:	Nº de procedimentos ambulatoriais selecionados, de alta complexidade, por 100 residentes, em determinado município, no ano considerado.
Método de cálculo:	Taxa da população de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização por faixa etária e sexo.
Fonte:	SIA-SUS e IBGE
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	7,8 procedimentos por 100 habitantes
Pontuação:	SE resultado ->parâmetro nota = 10 SE resultado <parâmetro nota = decrescente proporcional ao % do parâmetro.
Interpretação:	Mede a relação entre a produção de procedimentos ambulatoriais selecionados, de alta complexidade, com financiamento pelo SUS e a população residente na mesma área geográfica, indicando o acesso obtido ou cobertura realizada para tais procedimentos.

INDICADOR 9. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	
Descrição:	Nº de internações hospitalares clínico-cirúrgica de média complexidade, não psiquiátricas e não obstétricas, por 100 residentes, em determinado município, no período considerado.
Método de cálculo:	Taxa da população de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização por faixa etária e sexo.
Fonte:	SIH- SUS e IBGE
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	6,3 internações por 100 habitantes.
Pontuação:	SE resultado ->parâmetro nota = 10 SE resultado <parâmetro nota =decrescente proporcional ao % do

	parâmetro.
Interpretação:	Mede a relação entre a produção de internações hospitalares de média complexidade, não obstétricas e não psiquiátricas, e a população residente na mesma área geográfica, indicando o acesso obtido ou cobertura realizada para tais procedimentos.

INDICADOR 10. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	
Descrição:	Percentual de acesso aos hospitais dos óbitos por acidente de determinado município, no período considerado.
Método de cálculo:	Proporção bruta x pelo ajuste específico do município e pelo Bayes empírico (*).
Fonte:	SIM
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	70% de acesso hospitalar
Pontuação:	SE resultado <-parâmetro nota = 10 SE resultado > parâmetro nota decrescente proporcional ao % do parâmetro.
Interpretação:	Mede a proporção do acesso ao hospital dos óbitos por acidentes

INDICADOR 11. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, por habitante.	
Descrição:	Nº de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, não psiquiátricas e não obstétricas, por residente em determinado município, no período considerado.
Método de cálculo:	Taxa da população de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização por faixa etária e sexo.
Fonte:	SIH-SUS e IBGE
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	6,3 por mil habitantes

Pontuação:	SE resultado ->parâmetro nota = 10 SE resultado <parâmetro nota decrescente proporcional ao % do parâmetro.
Interpretação:	Mede a relação entre a produção de internações hospitalares de alta complexidade, não obstétricas e não psiquiátricas, e a população residente na mesma área geográfica, indicando o acesso obtido ou cobertura realizada para tais procedimentos.

INDICADOR 12. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	
Descrição:	Percentual de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados por residente em determinado município no período avaliado.
Método de cálculo:	Nº de indivíduos com tuberculose pulmonar bacilífera curados da coorte do período dividido pelo nº total de indivíduos da coorte com tuberculose pulmonar bacilífera.
Fonte:	SINAN
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	85% de cura
Pontuação:	SE resultado ->parâmetro nota = 10 SE resultado <parâmetro nota = decrescente proporcional ao % do parâmetro.
Interpretação:	Representa o êxito no tratamento de tuberculose, a consequente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes.

INDICADOR 13. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase	
Descrição:	Percentual de casos novos hanseníase curados por residentes em determinado município no período avaliado.
Método de cálculo:	Casos novos residentes em determinado município, diagnosticados nos anos das

	coortes e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação dividido pelo total de casos novos residentes no município e diagnosticados nos anos de coorte x por 100.
Fonte:	SINAN
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	90% de cura.
Pontuação:	SE resultado -> parâmetro nota = 10 SE resultado < parâmetro nota = decrescente proporcional ao % do parâmetro.
Interpretação:	Representa o êxito no tratamento de hanseníase, a consequente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes.

INDICADOR 14. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita	
Descrição:	Nº de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano em determinado município e período.
Método de cálculo:	Proporção bruta x pelo ajuste específico do município e pelo Bayes empírico (*).
Fonte:	SINAN e SINASC
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	Um caso por mil nascidos vivos no ano.
Pontuação:	SE resultado -<parâmetro nota = 10 SE resultado >parâmetro nota = decrescente proporcional ao aumento do resultado
Interpretação:	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.

INDICADOR 15. Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB)	
Descrição:	Percentual das internações sensíveis à atenção básica (ISAB) de residentes dividido pelo total de internações clínico-

	cirúrgicas por residentes em um determinado município no período considerado.
Método de cálculo:	Taxa da população de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização por faixa etária e sexo.
Fonte:	SIH-SUS
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	28,6% de internações sensíveis à atenção básica (ISAB) em relação a todas as internações.
Pontuação:	SE resultado < parâmetro nota = 10 SE resultado > parâmetro nota = decrescente proporcional ao aumento do resultado.
Interpretação:	Resultado elevado significa que as internações sensíveis representam a maioria internações de média complexidade e indiretamente mede a baixa resolutividade da atenção básica.

INDICADOR 16. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	
Descrição:	Razão entre o número de procedimentos de ação coletiva de escovação dental, supervisionada para residentes e a população residente em um determinado município e ano.
Método de cálculo:	(Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local em 12 meses dividido por 12 dividido pela população no mesmo local e período) x 100
Fonte:	SIA-SUS e IBGE
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	8 procedimentos por 100 habitantes
Pontuação:	SE resultado = parâmetro nota = 10 SE resultado < parâmetro nota = decrescente proporcional ao % do parâmetro.

Interpretação:	Estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação-supervisão de um profissional de saúde bucal. Quanto maior o indicador, maior acesso à orientação Para a prevenção de doenças bucais, mais especificamente carie dentária e doença periodontal.
----------------	---

INDICADOR 17. Proporção de exodontias em relação aos procedimentos	
Descrição:	Percentual das extrações dentárias de residentes em determinado município e ano.
Método de cálculo:	Nº total de extrações dentárias em determinado município e período dividido pelo nº total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período.
Fonte:	SIA-SUS e IBGE
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	8% de exodontias
Pontuação:	SE resultado < parâmetro nota = 10 SE resultado > parâmetro nota = decrescente proporcional ao aumento do resultado
Interpretação:	Quanto menor o percentual, maior qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, demonstrando que o leque de ações abrange maior nº de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.

INDICADOR 18. Proporções de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) em maiores de 20 anos	
Descrição:	Percentual de óbitos ocorridos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM), por residente acima de 20 anos de determinado município, no período considerado.

Método de cálculo:	Taxa da população de referência multiplicado pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização por faixa etária e sexo.
Fonte:	SIH-SUS
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	10% de óbitos por IAM
Pontuação:	SE resultado < parâmetro nota = 10 SE resultado > parâmetro nota = decrescente proporcional ao aumento do resultado
Interpretação:	Mede o risco de morrer por infarto agudo do miocárdio (IAM), após a internação por tal causa indiretamente o atraso do atendimento pré-hospitalar e no diagnóstico.

INDICADOR 19. Proporção de parto normal	
Descrição:	Percentual de partos normais de determinado município, no período considerado.
Método de cálculo:	Nº de nascidos vivos por parto normal dividido pelo nº de nascidos vivos.
Fonte:	SINASC
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	70% de parto normal
Pontuação:	SE resultado > parâmetro nota = 10 SE resultado < parâmetro nota = decrescente proporcional ao % do parâmetro.
Interpretação:	O parto normal está relacionado a menores taxas de complicações do parto e do recém-nascido.

INDICADOR 20. Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	
Descrição:	Percentual de óbitos das internações com uso de UTI de menores de 15 anos de idade.

Método de cálculo:	Taxa da população de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização por faixa etária e sexo.
Fonte:	SIH-SUS
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	10% de óbitos em menores de 15 anos
Pontuação:	SE resultado < parâmetro nota = 10 SE resultado > parâmetro nota = decrescente proporcional ao aumento do resultado.

INDICADOR 21. Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes.	
Descrição:	Quantidade de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes, descontados os procedimentos realizados aos seus residentes em outros municípios em relação ao total Brasil de procedimentos realizados para os não residentes.
Método de cálculo:	(Nº total de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados pelo município menos número de procedimento de média complexidade destinados aos seus residentes realizados no próprio município e em outros municípios) dividido pelo total Brasil de procedimentos ambulatoriais de média complexidade destinada aos não residentes. Obs: Se < 0 resultado = 0
Fonte:	SIA-SUS
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	0,9% da capacidade, tendo como base a média dos municípios de referência.
Pontuação:	SE resultado -> parâmetro nota = 10 SE resultado < parâmetro nota = decrescente proporcional ao % do parâmetro.

Interpretação:	Mede a capacidade do município de realizar procedimentos ambulatoriais de média complexidade para não residentes em relação à produção total do Brasil, permitindo a comparação entre todos os municípios independentemente do porte.
----------------	---

INDICADOR 22. Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes.	
Descrição:	Quantidade de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes, descontados os procedimentos realizados aos seus residentes em outros municípios em relação ao Total Brasil de procedimentos realizados para não residentes.
Método de cálculo:	(Nº total de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados pelo município menos número de procedimentos de alta complexidade destinadas aos seus residentes realizados no próprio município e em outros municípios) dividido pelo Total Brasil e procedimento ambulatoriais de alta complexidade destinada aos não residentes. Obs.: Se <0, resultado= 0.
Fonte:	SIA-SUS
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	1,17 % da capacidade, tendo como base a média dos municípios de referência.
Pontuação:	SE resultado =parâmetro nota = 10 SE resultado <parâmetro nota = decrescente proporcional ao % do parâmetro.
Interpretação:	Mede a capacidade do município de realizar procedimentos ambulatoriais de alta complexidade para não residentes, em relação à produção total do Brasil, permitindo a comparação entre todos os municípios, independente do porte.

INDICADOR 23. Proporção de internações de média complexidade realizadas para
--

não residentes.	
Descrição:	Quantidade de internações de média complexidade realizadas para não residentes, descontando as internações realizadas aos seus residentes em outros municípios em relação ao Total Brasil de internações realizadas para não residentes.
Método de cálculo:	(Nº total de internações de média complexidade realizados pelo município menos número de internações hospitalares de média complexidade destinadas aos seus residentes realizadas no próprio município e em outros municípios) dividido pelo Total Brasil de internações hospitalares de média complexidade destinadas aos não residentes. Obs: Se <0, resultado = 0
Fonte:	SIH-SUS
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	0,72% da capacidade, tendo como base a média dos municípios de referência.
Pontuação:	SE resultado ->parâmetro nota = 10 SE resultado <parâmetro nota = decrescente ao % do parâmetro.
Interpretação:	Mede a capacidade do município em realizar internações de média complexidade não residentes em relação à produção total do Brasil permitindo a comparação entre todos os municípios independente do porte.

INDICADOR 24. Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes.	
Descrição:	Quantidade de internações de alta complexidade realizadas para não residentes, descontadas as internações realizadas aos seus residentes em outros municípios em relação ao total Brasil de internações realizados para não residentes.
Método de cálculo:	(Nº de internações de alta complexidade realizados pelo município menos número

	de internações de alta complexidade destinadas aos seus residentes no próprio município ou nos municípios de referência) dividido pelo total Brasil de internações hospitalares de alta complexidade destinada aos não residentes. Obs: Se <0, resultado = 0
Fonte:	SIH-SUS
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	1,14% da capacidade, tendo como base a média dos municípios de referência.
Pontuação:	SE resultado ->parâmetro nota = 10 SE resultado <parâmetro nota =decrecente proporcional ao % do parâmetro.
Interpretação:	Mede a capacidade do município em realizar internações de alta complexidade para não residentes em relação à produção total do Brasil permitindo a comparação entre todos os municípios, independente do porte.

OBS: (*)

Taxa padronizada e estimada ou resultado padronizado e ajustado do indicador = (RIE do município com ajuste pelo Bayes empírico ()) x (taxa bruta)*

Onde:

• *RIE do município com ajuste pelo Bayes empírico = (RIE do município sem ajuste) x (RIE média de todos os municípios) x (1 - fator de ajuste)*

E onde:

• *RIE = (nº de eventos informados pelo município) ÷ (nº de eventos esperados para o município caso ele tivesse as mesmas taxas encontradas em cada faixa etária e sexo da população de referência)*

Conceitos:

• **RIE:** Razão de informados esperados.

• **Fator de ajuste:** Fator calculado especificamente para cada município, que depende da dispersão dos valores das taxas entre os municípios e aumenta progressivamente, de zero (0) a um (1), conforme aumenta o denominador do indicador (número de internações no município expostos ao evento ou ao procedimento).

• **Taxa da população de referência:** Taxa média das internações pelo evento específico na população tomada como referência para a padronização de faixa.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

INDICADOR 1. População Total	
Descrição:	Número total de pessoas residentes e sua estrutura relativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de cálculo:	Utilização direta da base de dados, expressando-se os resultados em números absolutos e relativos.
Fonte:	IBGE
Último ano disponível:	2010
	-
Interpretação:	Expressa magnitude do contingente demográfico e sua distribuição relativa.

INDICADOR 2. Razão de sexos	
Descrição:	Número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de cálculo:	Número de residentes do sexo masculino dividido pelo número de residentes do sexo feminino x 100
Fonte:	IBGE
Último ano disponível:	2010
Interpretação:	Expressa a relação quantitativa entre os sexos. Se igual a 100, o número de homens e de mulheres se equivalem; acima de 100, há predominância de homens e, abaixo, predominância de mulheres. O indicador é influenciado por taxas de migração e de mortalidade diferenciadas por sexo e idade.

INDICADOR 3. Grau de Urbanização	
Descrição:	Percentual da população residente em áreas urbanas, em determinado espaço

	geográfico, no ano considerado.
Método de cálculo:	População urbana residente dividido pela população total residente x 100
Fonte:	IBGE
Último ano disponível:	2005
Interpretação:	Indica a proporção da população total que reside em áreas urbanas, segundo a divisão político-administrativa estabelecida pelas administrações municipais.

INDICADOR 4. Proporção de idosos na população	
Descrição:	Percentual de pessoas com 60 e mais anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de cálculo:	Número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade dividido pela população total residente, excluída a idade ignorada x 100.
Fonte:	IBGE
Último ano disponível:	2010
Interpretação:	Indica a participação relativa de idosos na população geral. Reflete o ritmo de envelhecimento da população. O crescimento da população de idosos está associado a redução das taxas de fecundidade e de natalidade e ao aumento da esperança de vida.

INDICADOR 5. Expectativa de vida ao nascer	
Descrição:	Número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de cálculo:	A partir de tábuas de vida elaboradas para cada área geográfica, toma-se o número correspondente a uma geração inicial de nascimento (1 o) e determina-se o tempo cumulativo vivido por essa

	mesma geração (T o) até a idade limite. A esperança de vida ao nascer é o quociente da divisão de T o por 1 o.
Fonte:	IBGE
Último ano disponível:	2000
Interpretação:	Expressa o número médio de anos que se esperaria que um recém-nascido vivesse. O aumento da esperança de vida ao nascer sugere melhoria das condições de vida e da saúde da população.

INDICADORES DE MORTALIDADE

INDICADOR 1. Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	
Descrição:	O indicador contribui para monitorar a implementação de políticas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco.
Método de cálculo:	Numerador: Total de óbitos por doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas em < 70 anos Denominador: Número de habitantes <70 anos x 100.000
Fonte:	SIM
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	Parâmetro Nacional: Meta: Redução de 2% ao ano Meta Regional: Reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNT Parâmetro de Referência: >255 mortes por 100.000 habitantes por ano
Forma de Avaliação	Periodicidade da análise: anual
Observações	Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

INDICADOR 2. Coeficiente de Mortalidade Infantil	
Descrição:	Nº de óbitos em menores de um ano de idade em determinado ano e local de residência.
Método de cálculo:	Nº de óbitos em menores de um ano de idade em um determinado ano e local de residência dividido pelo Nº de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano x 1000.
Fonte:	SIM-SINASC
Último ano disponível:	2011
Interpretação:	Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.
INDICADOR 3. Mortalidade proporcional por causas mal definidas	
Descrição:	Percentual de óbitos por causa mal definida na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de cálculo:	Número de óbitos de residentes por causas mal definidas dividido pelo número total de óbitos de residentes (x100)
Fonte:	SIM
Último ano disponível:	2011
Interpretação:	Reflete a qualidade da informação que permite identificar a causa básica da morte na Declaração de Óbito. Sinaliza a disponibilidade de infraestrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação profissional para preenchimento das declarações de óbito.

INDICADORES DE MORBIDADE E FATORES DE RISCO

INDICADOR 1. Taxa de Detecção de Hepatite B	
Descrição:	Número de casos novos de Hepatite B diagnosticados em determinado ano e local de residência.
Método de cálculo:	Nº de casos novos de Hepatite B diagnosticados em um determinado ano e local de residência dividido pela população residente nesse mesmo local e ano x 100 mil hab.
Fonte:	SINAN e IBGE
Último ano disponível:	2011
Interpretação:	Indica a frequência anual de casos confirmados de hepatite B, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.

INDICADOR 2. Taxa de Detecção de Hepatite C	
Descrição:	Número absoluto de casos novos de Hepatite C diagnosticados em um determinado ano e local de residência.
Método de cálculo:	Nº de casos novos de Hepatite C diagnosticados em um determinado ano e local de residência dividido pela população residente nesse mesmo local e ano x 100 mil hab.
Fonte:	SINAN e IBGE
Último ano disponível:	2011
Interpretação:	Indica a frequência anual de casos diagnosticados confirmados de hepatite C, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.

INDICADOR 3. Taxa de incidência de tuberculose	
Descrição:	Número de casos novos diagnosticados em um determinado ano e local de residência.
Método de cálculo:	Número de casos novos de tuberculose diagnosticados em determinado ano e local de residência dividido pela

	população residente nesse mesmo local e ano x 100 mil hab.
Fonte:	SINAN e IBGE
Último ano disponível:	2011
Interpretação:	Estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose, em qualquer de suas formas clínicas, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença. Taxas elevadas de incidência de tuberculose estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições de assistência, diagnóstico e tratamento de sintomáticos respiratórios. Outro fator a ser considerado é a cobertura de vacinação BCG.

INDICADOR 4. Taxa de detecção de hanseníase	
Descrição:	Número de casos novos de hanseníase em um determinado ano e local de residência.
Método de cálculo:	Número de casos novos de hanseníase em um determinado ano e local de residência dividido pela população residente no período x 100 mil hab.
Fonte:	SINAN e IBGE
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	Taxa de detecção no Brasil por 10 mil habitantes: baixa (menor que 0,2), média (0,2 a 0,9), muito alta (2,0 a 3,9) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 4,0)
Pontuação:	
Interpretação:	Avalia a carga de morbidade e de magnitude da hanseníase, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença. Taxas elevadas estão geralmente

	associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições assistenciais para o diagnóstico precoce, o tratamento padronizado e o acompanhamento de casos.
--	--

INDICADOR 5. Taxa de incidência de AIDS em maiores de 13 anos	
Descrição:	Taxa de incidência de AIDS em maiores de 13 anos
Método de cálculo:	Número de casos novos confirmados de AIDS diagnosticados em pacientes com 13 anos ou mais de idade, em determinado local e residência e ano de diagnóstico dividido pela população de 13 anos ou mais anos de idade nesse mesmo período e local de residência x 100 mil hab.
Fonte:	SINAN e IBGE
Último ano disponível:	2011
Interpretação:	Estima o risco de ocorrência de AIDS, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença. Indica a existência de condições favoráveis à transmissão da doença, por via sexual, sanguínea por ou transmissão vertical.

INDICADORES SOCIOECONÔMICOS

INDICADOR 1. Taxa de analfabetismo	
Descrição:	Percentual de pessoas com 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de cálculo:	Número de pessoas residentes de 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever um bilhete simples, no idioma que conhecem dividido pela população

	residente desta faixa etária x 100
Fonte:	IBGE
Último ano disponível:	2010
Parâmetro:	-
Forma de Avaliação	-
Interpretação:	Mede o grau de analfabetismo da população adulta

INDICADOR 2. Proporção de famílias com Bolsa Família	
Descrição:	Percentual de famílias que recebem benefícios do Programa Bolsa Família do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS) em relação ao total de famílias do município.
Método de cálculo:	N° de famílias que recebem benefícios do Programa Bolsa Família dividido pelo n° total de domicílios ocupados do município x 100
Fonte:	Matriz de Informação Social MDS e IBGE
Último ano disponível:	2011
Parâmetro:	0%
Pontuação:	SE resultado = parâmetro, valor= 1 SE resultado > parâmetro nota, valor= decrescente proporcional ao aumento do resultado.
Interpretação:	O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza, portanto, o percentual de famílias que recebem esse benefício dá uma medida direta da pobreza das famílias do município considerado.

INDICADORES DE RECURSOS

INDICADOR 1. Número de médicos por habitante	
Descrição:	Número de profissionais médicos em atividade, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano

	considerado.
Método de cálculo:	Nº de profissionais médicos dividido pela população total residente x 1000
Fonte:	CNES –IBGE
Último ano disponível:	2011
Interpretação:	Mede a disponibilidade de profissional médico, segundo a sua localização geográfica. É influenciado pelas condições socioeconômicas regionais e, em menor escala, por políticas públicas de atenção à saúde.

INDICADOR 2. Número de enfermeiros por habitante	
Descrição:	Número de profissionais enfermeiros em atividade, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de cálculo:	Número de profissionais enfermeiros dividido pela população total residente x 1000
Fonte:	CNES-IBGE
Último ano disponível:	2011
Interpretação:	Mede a disponibilidade de profissionais de enfermagem, segundo a sua localização geográfica. É influenciado pelas condições socioeconômicas regionais e, em menor escala, por políticas públicas de atenção à saúde.

INDICADOR 3. Número de odontólogos por habitante	
Descrição:	Número de profissionais odontólogos em atividade, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de cálculo:	Número de profissionais odontólogos dividido pela população total residente x 1000
Fonte:	CNES- IBGE
Último ano disponível:	2011

Interpretação:	Mede disponibilidade do profissional de odontologia, Segundo a sua localização geográfica. É influenciado pelas condições socioeconômicas regionais e, em menor escala, por políticas públicas de atenção à saúde.
----------------	---

INDICADOR 4. Número de outros profissionais de nível superior por habitante	
Descrição:	Número de profissionais de saúde em atividade, exceto médico, odontólogo e enfermeiro, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico no ano considerado.
Método de cálculo:	Número de profissionais de nível superior, da categoria de saúde específica dividido pela população total residente x 1.000.
Fonte:	CNES- IBGE
Último ano disponível:	2011
Interpretação:	Mede disponibilidade de profissionais de saúde, por categoria selecionada, segundo a sua localização geográfica. É influenciado pelas condições socioeconômicas regionais e, em menor escala, por políticas públicas de atenção à saúde.

INDICADOR 5. Gasto público com saúde per capita	
Descrição:	Gasto público com saúde por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de cálculo:	Valor do gasto público com saúde, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano.
Fonte:	SIOPS
Último ano disponível:	2011
Interpretação:	Mede a dimensão do gasto público total com saúde por habitante, sinalizando a montante médio de recursos públicos disponíveis por habitante.

	Mede a participação absoluta de cada esfera de governo no financiamento do Sistema Único de Saúde
--	---

INDICADOR 6. Número de unidades básicas de saúde por 1000 habitantes	
Descrição:	Número de unidades básicas de saúde por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de cálculo:	Número de unidades básicas de saúde dividido pela população local x 1.000
Fonte:	CNES e IBGE
Último ano disponível:	2012
Interpretação:	Indica a extensão da rede básica de atenção à saúde, responsável pela porta de entrada no sistema de saúde.

INDICADORES DE COBERTURA

INDICADOR 1. Proporção de saneamento básico adequado	
Descrição:	Proporção de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Método de cálculo:	Número de domicílios com abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo dividido pelo total de domicílios no município
Fonte:	IBGE
Último ano disponível:	2011
Interpretação:	Quanto maior, indica melhores condições de saneamento básico.

II RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Este relatório apresenta o trabalho que foi desenvolvido pela Mestranda para a construção do recurso “Indicadores para a Gestão Regional de Saúde” (IGRES), objeto de pesquisa junto ao Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências.

As atividades iniciaram no mês de abril de 2013, após a qualificação do Projeto de Pesquisa, quando foi organizada a planilha com a seleção dos indicadores necessários para a gestão da saúde, e que irão contribuir na qualificação da assessoria técnica de uma Regional de Saúde, no apoio às Regiões de Saúde sob sua responsabilidade.

2.1 Escolha dos indicadores de saúde

Após uma revisão bibliográfica sobre planejamento, monitoramento, avaliação e gestão em saúde, legislação do SUS e indicadores de saúde, decidiu-se a escolha dos indicadores para este trabalho, descritos a seguir:

a) Indicadores do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS): optou-se por trabalhar com 13 dos 24 indicadores originais, o que está justificado na seção de Resultados: Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano; Proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal; Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população da mesma faixa etária; Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária; Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente; Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente; Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente; Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, por habitante; Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera;

Proporção de cura dos casos novos de hanseníase; Taxa de incidência de sífilis congênita; Proporção de cesarianas; Primeira consulta odontológica programática.

b) Indicadores de Mortalidade: escolheram-se quatro indicadores de mortalidade: Coeficiente de mortalidade infantil; Coeficiente de mortalidade neonatal; Número de óbitos fetais; Mortalidade proporcional por causas mal definidas, por entender-se que o conhecimento destes indicadores é fundamental para os gestores, devido à complexidade de determinações que podem causar estes eventos.

c) Indicadores de Recursos: optou-se por trabalhar com o número de profissionais disponíveis nos municípios, além de recursos financeiros, consultas médicas e internações, tendo em vista que as questões estruturais, recursos, são fundamentais para o desenvolvimento de processos de trabalhos adequados.

d) Indicadores Demográficos: a escolha por indicadores demográficos relacionados à taxa de natalidade, taxa de fecundidade, população, grau de urbanização, proporção de idosos e índice de envelhecimento - se deve ao fato de que é impossível pensar qualquer planejamento em saúde se não houver o conhecimento do perfil da população a quem se destinam estes serviços.

e) Indicadores Socioeconômicos: os indicadores socioeconômicos escolhidos foram o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a proporção de analfabetos, tendo em vista que estes indicadores evidenciam desigualdades sociais, as quais contribuem para o processo saúde-doença, sendo fundamentais na formulação e execução de políticas públicas.

f) Indicadores de Cobertura: optou-se por incluir um único indicador de cobertura - Saneamento Básico Adequado – uma vez que pode refletir condições satisfatórias de moradia e ambiente, que impactam em diversos agravos em saúde.

g) Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco: foram escolhidos Hepatite (B e C), Tuberculose, Hanseníase e AIDS, pois estes são essenciais para a vigilância em saúde. O conhecimento sobre sua ocorrência e distribuição oportuniza a organização de ações de promoção, prevenção e cuidado, favorecendo a implantação de políticas tanto na saúde como em outras áreas.

2.2 Busca nas fontes de dados

Inicialmente buscou-se os resultados dos indicadores de cada um dos 32 municípios da 4ª. Coordenadoria Regional de Saúde, incluindo a Região 01 - Verdes Campos (21 municípios) e a Região 02 - Entre Rios (11 municípios), nos diferentes sistemas de informação disponíveis na página da Internet da Secretária Estadual de Saúde (SES-RS) - www.saude.rs.gov.br - e do DATASUS - www.datasus.gov.br, incluindo a Sala de Apoio à Gestão Estratégica. O ano de referência para a coleta de dados foi o último disponível em cada sistema de informação, variando de 2010 a 2012.

A coleta de dados ocorreu entre maio e novembro de 2013, período em que todos os dados do último ano escolhido (2012) estavam disponibilizados nos diferentes sistemas de informação.

Alguns indicadores não estavam disponíveis, tendo sido necessário buscar o numerador, o denominador e construir o indicador como, por exemplo, o índice de envelhecimento. Em alguns indicadores o numerador estava disponível em um sistema e o denominador em outro, como por exemplo, a taxa de fecundidade, para o qual foi consultado o SINASC para o numerador e o IBGE para o denominador.

2.3 Organização dos dados

Utilizou-se o programa Excel® para a organização dos dados coletados, dada a funcionalidade do aplicativo na geração de gráficos e manuseio das informações.

Foram criados dois conjuntos de informações: no primeiro está o perfil de cada município e no segundo estão os indicadores selecionados para cada Região de Saúde.

No perfil de cada município encontra-se a pirâmide etária da população, uma seleção de denominadores populacionais – úteis para cálculos de cobertura -, uma lista das cinco principais causas de morte e dos cinco principais motivos de internação hospitalar. Estas listas estão apresentadas em gráficos, com espera para a constituição de séries históricas até o ano de 2016. Já a pirâmide etária deverá ser atualizada anualmente, de acordo com as projeções oficiais de crescimento populacional do IBGE. Uma vez alterada a pirâmide, todos os denominadores serão automaticamente atualizados.

Nos indicadores selecionados, foram gerados gráficos que permitem a comparação de cada indicador entre os diferentes municípios que compõem cada Região de Saúde. Todos podem ser atualizados a cada ano, conforme a disponibilização dos resultados nos sistemas de informação do DATASUS.

Após a escolha dos indicadores que comporiam a ferramenta IGRES, uma primeira aba foi construída, onde consta o tipo do indicador (coluna A), os indicadores em cada tipo (Coluna B), o endereço eletrônico da fonte dos dados (coluna C) e observações sobre a coleta (coluna D).

Uma segunda aba foi criada contendo o tipo do indicador (coluna A), os indicadores em cada tipo (Coluna B) e uma coluna para cada um dos municípios de ambas as Regiões de Saúde. Nas células de encontro entre cada indicador e cada município foi digitado o valor do indicador para o último ano disponível no período da coleta.

2.4 Teste piloto da IGRES

Foi realizada uma oficina de trabalho, com o objetivo de apresentar a ferramenta, reunir contribuições dos técnicos (potenciais usuários) e testá-la em

condições reais. O encontro ocorreu após contato com os responsáveis pelas Coordenações dos Setores e com a Coordenação da Regional.

Com a sua anuência, organizou-se a atividade. Enviou-se convite do evento, por e-mail, a todos os técnicos de cada setor e à Coordenação da Regional, com o objetivo, programação, data e local. A oficina realizou-se no dia 17 de dezembro de 2013, nas dependências da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).

A coordenação esteve a cargo da mestrandia e de sua orientadora. Na oportunidade, a orientadora contextualizou a importância da epidemiologia no processo da gestão da saúde, cenário do desenvolvimento da ferramenta em questão.

Logo após a abordagem teórica usou-se o laboratório de informática, onde os participantes puderam ter acesso à ferramenta e fazer suas considerações e sugestões sobre a proposta apresentada.

Cabe ressaltar que esta oficina teve a participação de dezessete profissionais de todos os setores da Regional: Coordenação e técnicos do NURAS (Núcleo Regional de Ações em Saúde); técnicos do NURPR (Núcleo Regional de Planejamento e Regulação); técnicos da Vigilância Epidemiológica e da Vigilância Sanitária, além da Coordenadora Regional de Saúde, da Coordenadora Adjunta, dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, que atuam na Coordenadoria, além da estagiária do Grupo de Monitoramento, Planejamento e Avaliação.

2.4.1 Fotos da Oficina



Figura 1. Epidemiologia no processo da gestão da saúde (a)



Figura 2. Epidemiologia no processo da gestão da saúde (b)



Figura 3. Teste piloto no laboratório de informática (a)



Figura 4. Teste piloto no laboratório de informática (b)



Figura 5. Teste piloto no laboratório de informática (c)

III RESULTADOS

3.1 Apresentação: telas da ferramenta IGRES

Esta primeira tela (Figura 6) contém um texto de apresentação e um mapa com os municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, dividida nas duas Regiões de Saúde: Verdes Campos (referência Santa Maria) e Entre Rios (referência Santiago).

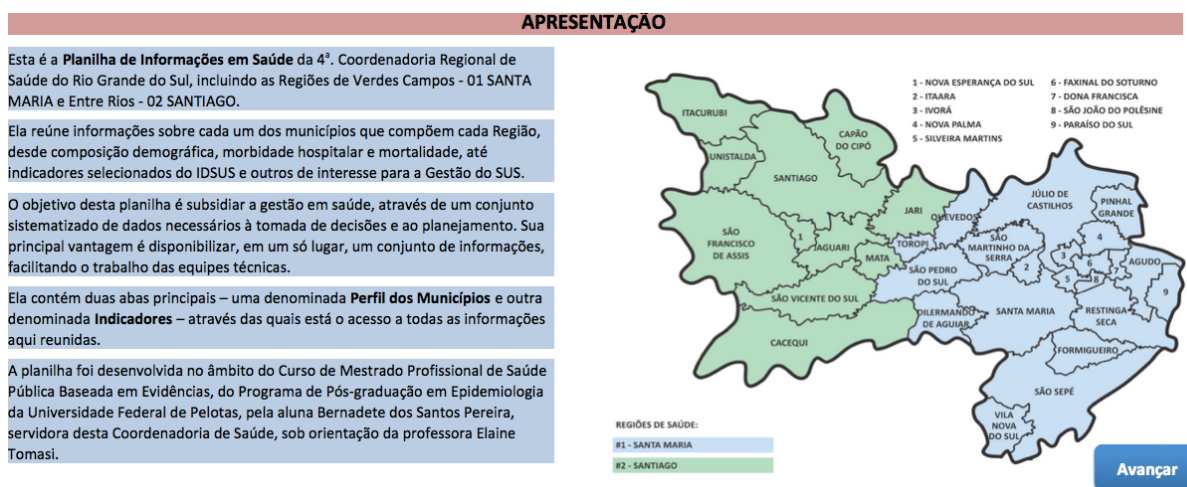


Figura 6. Tela de abertura da IGRES

A Figura 7 apresenta a tela de seleção de municípios para visualização de informações demográficas e de morbi-mortalidade. Como observado, a figura apresenta uma tabela com as duas Regiões de Saúde da 4ªCRS e seus respectivos municípios que as compõem, possibilitando a escolha do município para o acesso das informações.

Informações demográficas, de internação hospitalar e de mortalidade.

Região Entre Rios

[Santiago](#)
[São Francisco de Assis](#)
[São Vicente do Sul](#)
[Unistalda](#)
[Nova Esperança do Sul](#)
[Mata](#)
[Jaguari](#)
[Jari](#)
[Itacurubi](#)
[Capão do Cipó](#)
[Cacequi](#)

Região Verdes Campos

[Agudo](#)
[Dilermando de Aguiar](#)
[Dona Francisca](#)
[Faxinal do Soturno](#)
[Formigueiro](#)
[Itaara](#)
[Ivorá](#)
[Júlio de Castilhos](#)
[Nova Palma](#)
[Paraíso do Sul](#)
[Pinhal Grande](#)

[Quevedos](#)
[Restinga Sêca](#)
[Santa Maria](#)
[São João do Polêsine](#)
[São Pedro do Sul](#)
[São Sepé](#)
[São Martinho da Serra](#)
[Silveira Martins](#)
[Toropi](#)
[Vila Nova do Sul](#)

SELECIONE
UM
MUNICÍPIO

Avançar

Figura 7. Tela de seleção de municípios

Para exemplificar, na Figura 8 são exibidas as informações demográficas e de morbi-mortalidade do município de Santiago. Esta tela apresenta:

- A distribuição por idade e sexo da população do município, obtida no DATASUS, gerando a pirâmide etária e os denominadores; quando esta estrutura etária for atualizada, automaticamente serão atualizados os denominadores;
- Dois gráficos com as cinco principais causas de internação hospitalar e de mortalidade. Como pode-se observar, já há uma “espera” para serem inseridas estas informações nos próximos anos, gerando uma série histórica para estes indicadores

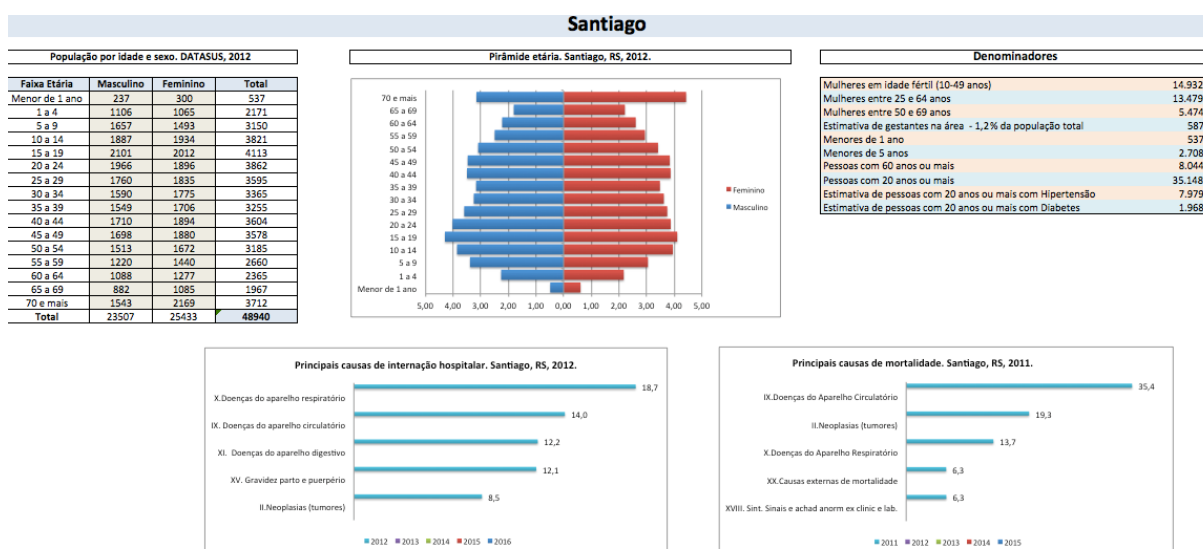


Figura 8. Tela com informações demográficas e de morbi-mortalidade para o município de Santiago

A Figura 9 apresenta parte dos indicadores selecionados, divididos por categorias. Além de indicadores de mortalidade e de recursos, a IGRES disponibiliza

indicadores demográficos, socioeconômicos, de cobertura e de fatores de risco, além do conjunto do IDSUS.

MORTALIDADE	
Coeficiente de mortalidade Infantil (2012).	Coeficiente de mortalidade neonatal (2012).
Número de óbitos fetais (2012).	Mortalidade proporcional por causas mal definidas (2012).
RECURSOS	
Número de médicos por 1000 habitantes (Novembro 2012).	Número de unidades básicas de saúde por 1000 habitantes (Maio 2013).
Número de enfermeiros por 1000 habitantes (Novembro 2012).	Proporção de recursos próprios aplicados em saúde - EC 29 (2012).
Número de odontólogos por 1000 habitantes (Novembro 2012).	Consultas médicas SUS por habitante (2012).
Número de outros profissionais de nível superior por 1000 habitantes (Novembro 2012).	Internações SUS por 100 habitantes (2012).
Gasto público com saúde (per capita) 2012.	

Figura 9. Tela com indicadores selecionados

A tela seguinte (Figura 10) apresenta um exemplo do Indicador de Mortalidade selecionado pela tela anterior. Esta tela ilustra a situação da mortalidade infantil em cada município das duas Regiões de Saúde da 4ªCRS, permitindo uma comparação visual do comportamento do indicador entre os municípios e entre as regiões.

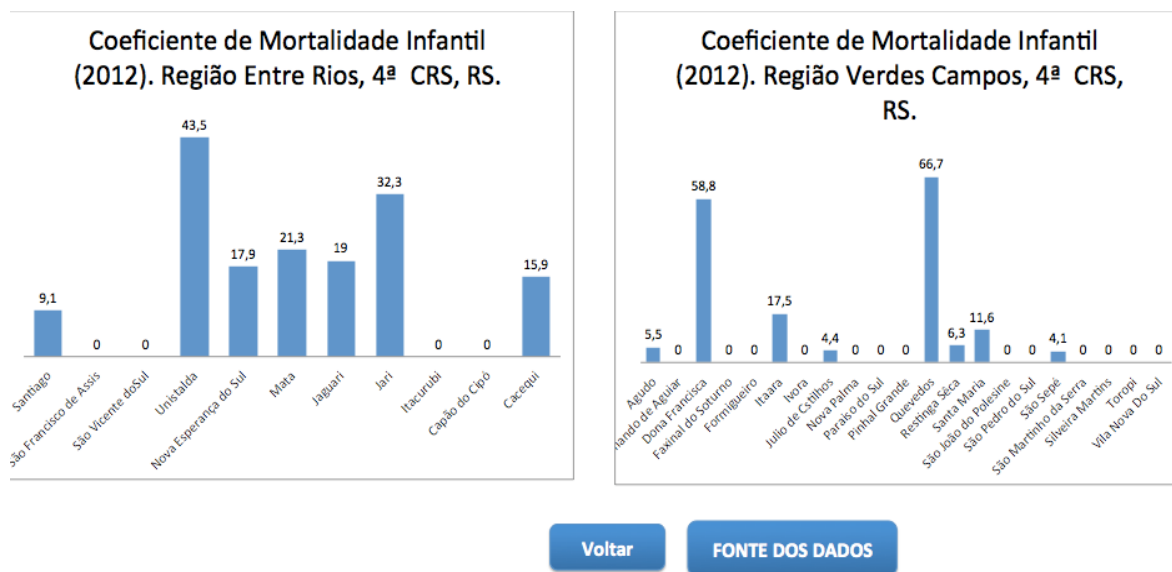


Figura 10. Exemplo do Indicador de Mortalidade Infantil para todos os municípios de ambas as regiões

A próxima tela (Figura 11) apresenta a aplicação de recursos próprios em saúde, conforme Emenda Constitucional 29, dos municípios incluídos.

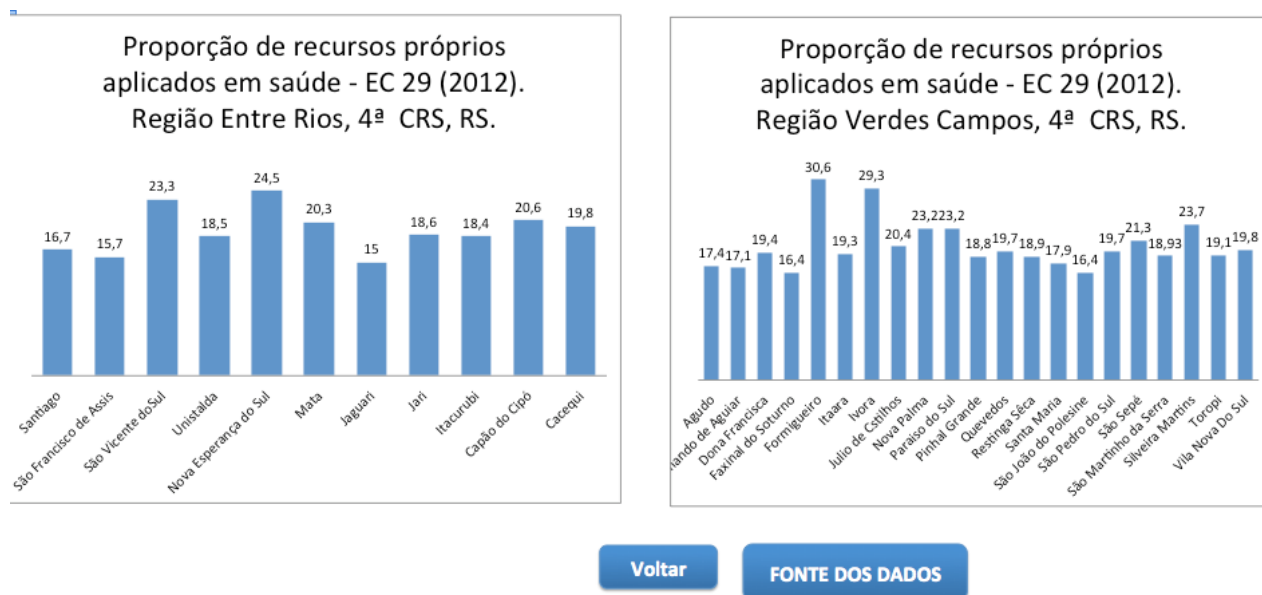


Figura 11. Exemplo do Indicador de recursos próprios aplicados em saúde para todos os municípios de ambas as regiões

A Figura 12 apresenta a tela parcial da aba “Fonte dos dados”. Nessa aba são apresentados os passos a serem seguidos para a obtenção dos dados de cada indicador, disponibilizando o acesso direto no sítio e a forma da coleta.

Indicador	Fonte	Observações sobre a coleta
Proporção cobertura vacinal tetra < 1ano (2012)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pn/cnv/cpnirs.def	direto Linha: município; Coluna: ano; Conteúdo: Cobertura Vacinais; Período Disponível: escolher; Município: escolher; Regional: escolher; Imubiológicos: Tetra; demais caixas : todas as categorias.
Proporção nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal. (2011)	http://www.saude.rs.gov.br/lista/588/2012_-_Nascidos_vivos	direto indicador 61- Nascidos Vivos com 7 ou + cons. Pré-natal
Razão exames citopatológico do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos- (2012)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?pacto/2012/cnv/pactrs.def	direto- linha:CIR/município;coluna:ano;conteúdo: 7-razão citopatológico:município:todas as categorias; Comissão Intergestora Regional:Região 01 ou Região 02; outra caixa: todas as categorias
Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos-2011	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?pacto/2012/cnv/pactrs.def	direto- linha:CIR/município;coluna:ano;conteúdo: 8-rz mamografia realizada:município: todas as categorias; Comissão Intergestora Regional: Região 01 ou Região 02; outra caixa: todas as categorias
Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qbhrs.def	tem que pegar numerador e denominador e construir: NUMERADOR : http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qbhrs.def Linha: município; Coluna: Não ativa, Conteúdo: Qtda aprovada; Período Disponível:selecionar ano; Seleções Disponíveis: Município: escolher; Complexidade: Média Complexidade; o restantes das caixas: todas as categorias DENOMINADOR : http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?lbge/cnv/poprs.def Linha: município; Coluna: Regional de Saúde ; Conteúdo: Pop.residente; Período Disponível: escolher ano ; Seleções Disponíveis - Município : escolher ; demais caixas: Todas as categorias

Figura 12. Tela parcial da aba “Fonte dos dados”

3.2 Análise dos indicadores de saúde

Inicialmente, faz-se necessária uma justificativa em relação aos indicadores de saúde do IDSUS que não foram incluídos em sua totalidade na IGRES, principalmente devido a problemas de mensurabilidade e validade. Isto é importante, pois o uso de tais indicadores é recomendado pela Resolução nº. 3, de 30 de janeiro de 2012, sobre as normas e fluxos do COAP. Esta seção também discute aspectos relacionados ao conjunto dos indicadores incluídos, de forma a qualificar sua interpretação e utilização.

3.2.1 Indicadores do IDSUS não utilizados

a) Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica:

- Este indicador se propõe a medir a cobertura da Atenção Básica, somando, em seu numerado, o número médio de equipes de saúde da família com a carga horária média de profissionais da atenção tradicional (clínica médica, ginecologia e pediatria). Os principais problemas deste indicador podem ser relacionados a pouca presença destes profissionais na atenção tradicional e à mistura de duas unidades de medida – equipes e carga horária; esta composição inviabiliza a interpretação do indicador.

b) Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada:

- A não utilização deste indicador ocorreu devido que, no cotidiano do trabalho, sabe-se que este procedimento é considerado somente entre escolares, sem a indicação da proporção de escolares que participaram da ação. Além disso, acredita-se que existem outros grupos que também poderiam ser incluídos, como gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos e deficientes. O indicador poderá ser de grande utilidade, desde que melhore seus registros, pois ao analisar séries históricas, não apresenta consistência interna.

c) Proporção de exodontias em relação aos procedimentos:

- Este indicador não foi utilizado pela dificuldade de interpretação de seu impacto populacional. Por exemplo, em um município de 2.000 habitantes, em que se registrasse 400 exodontias sobre um total 8.000 procedimentos clínicos individuais, preventivos e curativos, resultaria em uma proporção de 5% de exodontias. Este número pode ser adequado do ponto de vista dos procedimentos, mas seria excessivo se for considerado que cerca de 20% da população teve dentes extraídos no período.

d) Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal:

- Este indicador se propõe a medir a cobertura da Atenção Básica em Saúde Bucal, somando, em seu numerador, o número médio de equipes de saúde da família com a carga horária média de profissionais cirurgiões-dentistas da atenção tradicional. Os principais problemas deste indicador podem ser relacionados à escassa presença destes profissionais nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e à mistura de duas unidades de medida – equipes e carga horária; esta composição inviabiliza a interpretação do indicador.

e) Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente:

- Este indicador apresenta dificuldade em sua obtenção, uma vez que, pelo SIM, as causas acidentais de óbito encontram-se distribuídas em inúmeras categorias, sendo necessário um processamento intermediário que agregasse estas causas e realizasse um cruzamento com a variável local do óbito, facilitando- seu uso.

f) Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) em maiores de 20 anos:

- Este indicador não foi utilizado porque no período da construção da IGRES, as informações que estavam disponibilizadas no sistema não oportunizaram a obtenção. Ressalta-se que com a mudança no acesso ao SIH a busca do denominador - número de internações por IAM - foi facilitado e atualizado até janeiro de 2014. Já as informações do SIM para compor o numerador estão disponíveis até dezembro de 2011, o que impossibilita fazer uma avaliação deste indicador nos anos de 2012 e 2013.

g) Proporção de óbitos, em maiores de 15 anos, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI):

- Não foi possível utilizar este indicador devido à dificuldade de acessar as informações, tanto do numerador - número de óbitos de menores de 15 anos internados com uso de UTI, como do denominador - total de menores de 15 anos internados com uso de UTI, tendo em vista não existir no SIM e no SIH-SUS a informação sobre óbitos e internações com uso de UTI que são a composição do indicador.

h) Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes:

- Este indicador não foi utilizado dadas as características das regiões de saúde incluídas no estudo. Apenas dois municípios recebem usuários não residentes para procedimentos ambulatoriais de média complexidade. Apesar disso, considera-se que para outras realidades, este indicador seja importante para o processo de planejamento, em função de investimentos por Região de Saúde, tendo em vista os atributos de relevância e custo-efetividade.

i) Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes:

- Este indicador não foi utilizado pelos mesmos motivos do anterior, sendo ainda mais restrito se for considerado que um único estabelecimento de um município (Santa Maria) realiza procedimentos ambulatoriais de alta complexidade.

j) Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – Icsab:

- Este indicador não foi utilizado pela dificuldade de obtenção. O rol de causas sensíveis deste indicador tem 209 itens da Tabela de Procedimentos do SIH-SUS no seu numerador, o que pode gerar erros na sua captação. Outra ressalva é que o mesmo não é idêntico à Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pela Portaria MS-SAS nº 221-2008. Acredita-se que o acesso facilitado à disponibilidade da informação poderá servir para avaliar a aplicação de recursos, por parte dos municípios na saúde que tem hospitais de pequeno porte, além de analisar a organização do cuidado na atenção básica, baseada no perfil epidemiológico e nas condições sanitárias.

l) Proporção de internações de alta complexidade para não residentes:

- Este indicador não foi usado porque não se adapta as Regiões de Saúde, deste estudo. No momento, só uma Instituição do município sede da Regional atende esta demanda. Considera-se que este indicador possa se adaptar a outras realidades, para o planejamento de investimento nas Regiões de Saúde, tendo em vista atributos de relevância e custo-efetividade.

3.2.2 Indicadores do IDSUS utilizados

a) Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária:

- O método de cálculo deste indicador pode não apresentar especificidade, uma vez que o numerador é o total de exames realizados por mulheres na faixa etária. Seria mais indicado o número de mulheres que realizaram a coleta para o exame. Da forma como o método deste indicador está constituído existe muita dificuldade por parte da gestão municipal em avaliar se conseguiu atingir a cobertura, além de que muitos exames são realizados em laboratórios e estes não fazem o registro. O registro por coleta de citopatológicos pode oportunizar uma avaliação mais adequada quanto ao acesso aos exames, como também a capacidade instalada para o atendimento desta demanda, além da regulação dos

serviços contratualizados. Acredita-se que este indicador deva ser priorizado na saúde da mulher, pois é possível que as equipes de saúde possam fazer o planejamento do número de mulheres que deverão realizar os exames, com ações de busca ativa e campanhas educativas, oportunizando assim o acesso a este serviço.

b) Razão de exames de mamografias realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária

- A exemplo do anterior, este indicador também não apresenta especificidade, pois utiliza no numerador o número de mamografias, considerando-se mais correto utilizar o número de mulheres que realizaram o exame. Desta forma facilita o monitoramento por parte das equipes de saúde para a captação precoce, como também subsidia as gestões para no processo de organização de serviços no município ou na Região de Saúde, para a garantia de acesso em tempo oportuno.

c) Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente:

- Este indicador pode ser útil para a organização da atenção ao cuidado no âmbito da Região de Saúde, na construção da rede de oferta de serviços. Entretanto, os 22 procedimentos incluídos em seu cálculo precisariam ser adaptados ao perfil epidemiológico das regiões, que podem ser diferentes e determinantes para a adequação de sua utilização. Por exemplo, procedimentos como vasectomia e ecocardiografia transtorácica podem não ser necessários como em outros locais; por outro lado, procedimentos como mamografia e ultrassonografias apresentam uma demanda elevada e não estão incluídos no indicador.

d) Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade e população residente:

- A exemplo da média complexidade, os 192 procedimentos incluídos precisariam ser revistos. Este indicador deveria incluir outros procedimentos em sua constituição, com base na magnitude de sua utilização na região de saúde. O que se observou é a existência de inúmeros procedimentos com muita baixa ocorrência – como cateterismo cardíaco em pediatria e ressonância magnética de coração - e a inexistência de outros com muito alta ocorrência, como por exemplo a hemodiálise e

cobaltoterapia. Acredita-se que a análise do perfil epidemiológico da região pode contribuir no planejamento para o investimento em serviços de alta complexidade adequados às necessidades da população.

e) Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente

- Este indicador, embora tenha no numerador somente o número de pessoas que internam pelo SUS, e no denominador a população residente, poderá contribuir para o planejamento das contratualizações de serviços hospitalares disponíveis nas Regiões de Saúde, permitindo estudar o acesso da população, como também a otimização dos investimentos na Região de Saúde. Pode ainda oportunizar uma gestão do cuidado dos usuários, desde que sejam estabelecidos os sistemas de referência e contra referência entre os níveis de atenção.

f) Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente:

- Este indicador também não mede a cobertura total das internações, pois tem no numerador o número de pessoas que internam pelo SUS e no denominador a população residente. Mesmo assim poderá contribuir com a garantia de acesso em tempo oportuno ao cuidado, desde que o cuidado organizado das demandas seja planejado pelos gestores, e os investimentos sejam aplicados conforme essa necessidade, ou seja, que a criação de novos leitos a nível regional contemple estas demandas.

g) Proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal:

- Este indicador tem no seu numerador o número de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal e no denominador o número de nascidos vivos, ambos incluem os atendimentos no serviço público e privado, o que dificulta saber qual é a cobertura do SUS, tendo em vista que a fonte de avaliação é o SINASC, organizado através da Declaração de Nascidos Vivos, que não tem esta variável.

h) Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade:

- Este indicador é expresso em números absolutos, com o objetivo de avaliar a qualidade do pré-natal. Para esta avaliação, faz-se necessário verificar o local de ocorrência na Ficha Individual de Notificação (FIN), que gera os dados para o SINAN. Este número de casos novos de sífilis congênita deveria ser zero e, por si só, revela a atenção realizada no pré-natal e às doenças sexualmente transmissíveis (DST).

i) Cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano:

- O indicador tem no numerador o número de crianças menores de um ano vacinadas com a 3ª dose da tetravalente e no denominador a população menor de um ano. As informações são disponibilizadas no SI-PNI, que em 2011 implantou um novo modelo de transmissão desta informação e por isso ainda apresenta algumas dificuldades nos registros, pois alguns municípios, ainda estão utilizando a antiga forma de transmissão. Atualmente não está fazendo parte do calendário de vacinação e em seu lugar foi introduzida a vacina pentavalente.

j) Proporção de primeira consulta odontológica programática:

- Este indicador tem no numerador o número total de primeiras consultas odontológicas programáticas e no denominador a população no mesmo local e período. É um indicador que foi pactuado pelos municípios até 2009, tem sua mensurabilidade acessível e pode contribuir para a organização do cuidado da saúde bucal no município.

k) Proporção de parto cesariana:

- Este indicador foi escolhido pela facilidade de acesso ao Sistema de Informação e pela sua contribuição para a gestão municipal e regional no processo de discussão com os hospitais, por ocasião da contratualização dos serviços, com base na proposta do Ministério da Saúde para aumento do número de partos normais. Além disso, pode subsidiar as políticas de cuidado à saúde da mulher, especificamente relacionadas ao cuidado do parto.

l) Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacífera:

- Este indicador tem no numerador o número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados e no denominador o total de casos novos. Induz as equipes de saúde a incentivar a adesão e acompanhar o tratamento dos pacientes. O indicador reflete a capacidade do sistema de saúde em prover os medicamentos necessários e alcançar resultados positivos no controle da doença.

m) Proporção de cura dos casos novos de hanseníase:

- Da mesma forma que o indicador anterior, a proporção de cura de casos novos de hanseníase pode refletir a capacidade do sistema de saúde em prover a terapêutica necessária e motivar a adesão ao tratamento, dado que este também é baseado em poliquimioterapia.

3.2.3 Mortalidade

a) Coeficientes de mortalidade infantil e neonatal:

- Estes indicadores básicos podem representar a organização do cuidado materno-infantil, no nível municipal e regional. São indicadores que tem o processo de avaliação já instituído pelas equipes de saúde pela obrigatoriedade da investigação do óbito infantil. Porém, percebe-se ainda a pouca utilização destas informações pelos gestores na organização de uma rede mais efetiva ao enfrentamento desta situação, como por exemplo, a organização do acesso geográfico as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica e neonatal.

b) Número de óbitos fetais:

- Este indicador também é expresso em números absolutos e deve ser monitorado, a fim de provocar a investigação sobre as causas do aumento do número de óbitos fetais, para que os gestores e equipes de saúde implantem ações efetivas frente a este evento. Seria interessante monitorar as taxas de mortalidade fetal, considerando no denominador o número de nascidos vivos e mortos no período, de forma a contemplar as variações geográficas.

c) Mortalidade proporcional por causas mal definidas:

- Este indicador oportuniza qualificar o preenchimento da Declaração de Óbito pelos profissionais, melhorando assim o perfil epidemiológico da mortalidade nos municípios.

3.2.4 Recursos

a) Número de Profissionais por 1000 habitantes (médico, odontólogo, enfermeiro e outros profissionais de nível superior):

- Estes indicadores têm na composição do numerador a quantidade de profissionais da categoria, disponibilizada mensalmente no CNES, o que dificulta uma avaliação anual. Outra limitação que pode ocorrer com este indicador refere-se às falhas na inclusão ou na exclusão de profissionais no sistema.

b) Número de Unidades Básicas de Saúde por 1000 habitantes:

- O indicador tem a informação do numerador disponível por mês no CNES, a limitação deste indicador pode ser a falta de inclusão no sistema.

c) Consulta Médica SUS por habitante e Internações SUS por habitante:

- Estes indicadores podem avaliar a organização da atenção à saúde no acesso aos usuários no nível do cuidado médico tanto na atenção ambulatorial como hospitalar. São sujeitos às características e à estrutura do sistema de saúde em cada município, além de considerar em seus denominadores o total da população, usuária ou não do SUS.

d) Gasto Público com Saúde (*per capita*) e Recursos Próprios Aplicados em Saúde:

- Estes indicadores são importantes para avaliação da eficiência da aplicação dos recursos financeiros da saúde relacionando-os com a realidade sanitária dos municípios, bem como a participação do financiamento da saúde dos entes federados no processo de gestão do município e região de saúde.

3.2.5 Demográficos

a) Taxa de Natalidade:

- Este indicador tem no seu numerador o número de total de nascidos vivos e no denominador a população residente. O indicador também pode subsidiar a gestão nos processos de planejamento e avaliação das políticas no cuidado materno infantil.

b) Taxa de Fecundidade:

- Este indicador tem no seu numerador o número de total de nascidos vivos e no denominador a população feminina em idade reprodutiva e precisa ser construído, utilizando-se duas fontes de informação: o SINASC para o numerador e o IBGE para o denominador. Pode apoiar o planejamento, a gestão e a avaliação para a oferta de serviços à atenção materno infantil, principalmente quando ocorre um aumento nas taxas.

c) População:

- Este indicador tem acesso fácil, é importante para a gestão municipal para orientação de políticas públicas em todos os segmentos, além de servir de base para inúmeros outros indicadores

d) Índice de Envelhecimento:

- Este indicador precisa ser construído. Tanto as informações do numerador - pessoas residentes de 60 anos ou mais - e do denominador - pessoas residentes com menos de 15 anos de idade, têm acesso facilitado. É um indicador importante para a gestão acompanhar as mudanças na estrutura etária da população no município, subsidiando a formulação e a avaliação de políticas de saúde para os grupos etários.

e) Proporção de Idosos:

- Da mesma forma que o anterior, este indicador precisa ser construído. Destaca-se a importância deste indicador na realidade dos municípios, tendo em vista que alguns têm elevada proporção de idosos, o que pode ter impacto em indicadores de utilização de serviços de saúde.

f) Grau de Urbanização:

- Este indicador é importante para a organização da rede de atenção à saúde garantido o acesso da população aos serviços tanto da zona urbana como rural. É disponibilizado pelo IBGE com facilidade de acesso.

3.2.6 Socioeconômicos

IDH e Proporção de Analfabetos:

- Estes indicadores são úteis para o conhecimento das condições mais gerais de vida das populações. O IDH – Índice de Desenvolvimento Humano – sintetiza a longevidade, a renda e a educação. Tais fatores interferem nas condições de saúde e devem ser levados em conta na sua interpretação.

3.2.7 Cobertura

Proporção de saneamento básico adequado:

- Da mesma forma que os anteriores, este indicador é reflexo das condições gerais de vida da população, ao mesmo tempo em que influencia as condições de saúde.

3.2.8 Morbidade e fatores de risco

As taxas de detecção de hepatite B e C, a taxa de incidência de AIDS, a taxa de incidência de tuberculose e hanseníase constituem-se em indicadores importantes para as equipes de saúde, uma vez que seu monitoramento permite mapear as populações de maior risco, cumprindo assim sua função de vigilância de doenças transmissíveis.

IV DISCUSSÃO

Para Marin (2010) a premissa básica do SIS é contribuir para melhoria da qualidade da saúde subsidiando os profissionais com informações necessárias para desempenharem suas atividades com efetividade e eficiência. Congrega um conjunto de dados e informações que promovem o planejamento e o aperfeiçoamento do conhecimento e do processo decisório dos múltiplos atores envolvidos no cuidado dos usuários do sistema de saúde.

Porém, a busca de informações dos resultados dos indicadores não é uma missão muito fácil, já que no Brasil não existe uma conexão entre os diversos sistemas de informação disponíveis.

Um exemplo desta dificuldade pode ser visto com os indicadores do Pacto pela Saúde. Na página da Secretária Estadual da Saúde há o *link* Tabnet – Dados Epidemiológicos, através do qual pode ser acessado o portal do MS www.tabnet.datasus.gov.br – Pacto pela Saúde - RS. Neste local deveriam encontrar-se todos os indicadores do pacto, que os municípios estão realizando para o período de 2013-2015. Porém, nota-se que os indicadores referentes à saúde materno-infantil não são disponibilizados (sete ou mais consultas de pré-natal, taxa de mortalidade infantil, % de óbitos em mulheres em idade fértil). Para encontrar esses indicadores faz-se necessário acessar outro *link* disponibilizado na mesma página da SES, com o nome de Dados Estatísticos. Neste *link* estão informações sobre Nascidos vivos, Mortalidade Infantil e Mortalidade Geral, junto aos quais encontra-se aqueles acima referidos. Recentemente, há uma iniciativa da SES em unificar estas fontes de informação, estando o novo modelo ainda em construção.

Para buscar informações sobre indicadores demográficos, socioeconômicos, cobertura, morbidade e risco, fez-se necessário utilizar o sítio da “Sala de Apoio à Gestão Estratégica”, o qual também mudou a forma de acesso às informações durante o período da realização deste trabalho. Em relação a alguns indicadores demográficos e socioeconômicos, ainda não estão atualizados, sendo necessário acessar o *link* do IBGE na página.

Os indicadores de cobertura como Unidades Básicas de Saúde e profissionais de saúde são oriundos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e só podem ser coletados por mês, o que implica em tarefas adicionais para sua compatibilização com os demais indicadores, disponíveis por ano. Além disso, os dados parecem ser cumulativos ao longo dos meses e não há garantia de que as informações sejam permanentemente atualizadas.

Destaca-se que a busca no Sistema de Informação Ambulatorial para compor o numerador dos indicadores de consultas ambulatoriais de média e alta complexidade é muito difícil devido ao grande número de procedimentos que os compõem. Outra dúvida é que a consulta disponibiliza no conteúdo a quantidade aprovada e a quantidade apresentada, sem que esta diferença esteja comentada em muitas notas técnicas, de forma a informar sobre esta decisão.

No Sistema de Informações Hospitalares as informações estão atualizadas, mas observam-se alguns problemas. Quando se busca as internações por local de residência, não é possível saber em qual instituição ocorreu o evento; já quando a busca é feita por local de internação não é possível saber onde residem aqueles pacientes.

Existe outra forma de acesso às informações sobre procedimentos do SIA e do SIH, que é através do TabWin, sendo possível fazer cruzamentos entre as variáveis. Porém, para o uso desta ferramenta é necessário ter conhecimento e domínio de informática e manejo de dados, já que é necessário realizar o *download* do programa e importar mensalmente as informações em formato de tabelas.

Em relação às informações do SIM, a disponibilidade de dados é até 2011, e tem limitação de variáveis como, por exemplo, se o óbito ocorreu em UTI. Esta informação seria necessária para o cálculo de um indicador do IDSUS.

De modo geral, o processo de busca de informações nestes sistemas ainda é fragmentado e trabalhoso, sendo necessário um conhecimento de onde estão as informações desejadas, além dos passos para sua obtenção.

Cabe destacar aqui a iniciativa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, da Fundação João Pinheiro e do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA, disponibilizando em seu portal <http://www.atlasbrasil.org.br> o Atlas de Desenvolvimento Humano 2013. Neste local encontram-se um conjunto importante de informações municipais que podem auxiliar gestores e profissionais na melhor organização de sua rede de atenção à saúde.

Neste trabalho, tentou-se incluir um conjunto de indicadores diversos que pudessem, uma vez articulados, disponibilizar um retrato das condições mais gerais de cada município e das mais específicas também.

Considerando o cuidado integral do usuário do sistema, garantido pela Constituição Federal, a gestão da saúde deve ser vista como um todo e não fragmentada. É necessária a integração da atenção básica com a média e a alta complexidade, de forma a garantir a referência e contra-referência entre estes níveis de atenção. Segundo Solla e Chioro (2008) é a atenção básica que tem redefinido os papéis da atenção secundária e terciária, por estar distribuída em unidades de pequeno porte próximo de onde vivem e trabalham os usuários, por isso sua característica principal é a descentralização. Já a atenção especializada deve ser entendida como uma rede de serviços, devendo ser ofertada preferencialmente de forma hierarquizada assegurando uma economia de escala e qualidade de atenção prestada.

Não é possível pensar em gestão do cuidado focando só na atenção básica ou na média e na alta complexidade, desconsiderando indicadores socioeconômicos, demográficos, de recursos e de cobertura. Os indicadores de saúde bem analisados podem direcionar o uso dos recursos financeiros com mais eficiência, além de garantir o acesso a atenção a saúde mais resolutivo. Para Carvalho e cols. (2008), as determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade não são resolvidas só com ações do sistema de atenção à saúde, sendo necessárias outras intervenções com políticas públicas intersetoriais nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais.

As equipes de saúde e os gestores precisam estar atentos para a análise dos indicadores de saúde pois os mesmos, quando avaliados adequadamente, têm um potencial muito grande para qualificar as ações de saúde.

Na prática, observa-se importantes lacunas no que diz respeito ao uso das informações gerados pela Vigilância em Saúde e sua aplicação na assistência à saúde. Por exemplo, os indicadores de fatores de risco não podem ficar restritos à notificação, eles precisam ser analisados e subsidiar ações estratégicas para promoção, prevenção e cuidado dos agravos. Acredita-se que esta lacuna poderia ser preenchida com uma adequada utilização das informações, promovendo a integração da atenção básica com os setores das vigilâncias em saúde.

Para Médici (2014) a elaboração e a publicação do IDSUS apresentada pelo Ministério da Saúde contempla as funções essenciais do Estado moderno que são monitorar e avaliar o desempenho das políticas públicas. No âmbito da saúde, deve afirmar a transparência no compromisso de apoiar os municípios e Estados na melhoria de seus indicadores através de informações estratégicas sobre o desempenho do SUS.

A proposta de avaliar o desempenho do SUS é relevante e necessária, mas é importante que sejam pensados indicadores diferenciados para cada região do país, pois não é possível usar um único grupo de indicadores que meçam o desempenho da atenção à saúde com uma disparidade tão grande expressa em diferenças loco regionais.

É necessário levar em consideração os desafios epidemiológicos de cada região, além da situação sociodemográfica e econômica de cada município e, a partir disso, elencar indicadores que possam medir o acesso potencial e a efetividade do sistema de saúde.

Também é preciso rever o método de cálculo de alguns indicadores para que possam apresentar especificidade e validade adequadas.

As notas técnicas dos indicadores precisam ser claras em especial no que se refere às fontes das informações. Por exemplo, para a Razão de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade pela população residente, a fonte indicada não permite recuperar as quantidades de procedimentos, pois remete apenas à Tabela de Procedimentos Unificada do SIA.

A ferramenta aqui construída apresenta a possibilidade de inclusão e exclusão de indicadores, pois a substituição de indicadores é uma prática bem frequente nas pactuações do Ministério da Saúde e Estado com os Municípios. A IGRES foi concebida de forma a permitir tais flexibilizações.

Outro destaque é a possibilidade de atualização anual dos dados, sendo que para os indicadores de morbidade e mortalidade poderá ser construída uma série histórica. Além disso, a ferramenta contém em si a informação disponível sobre o método de cálculo dos indicadores e o acesso às fontes de informação.

A ferramenta também permite aos trabalhadores analisarem a situação dos indicadores de cada município na Região de Saúde, oportunizando com isso a reflexão para o desencadeamento de ações necessárias, para o enfrentamento das situações encontradas. Entende-se, com isso, que a ferramenta apresenta potencial de disseminação para outras coordenadorias de Saúde.

No entanto, encontram-se dois desafios para o pleno uso desta ferramenta nas Coordenadorias Regionais de Saúde: disponibilidade de infraestrutura de tecnologias de informação e capacitação dos gestores e trabalhadores. A implantação das tecnologias de informação pode ser enfrentada através de dotação orçamentária específica do SUS e o envolvimento das universidades no processo de educação permanente poderá contribuir na capacitação do gestor e trabalhadores, através da estratégia de educação a distância, para utilização efetiva da referida ferramenta.

V CONCLUSÕES

Percebe-se um excesso de indicadores de saúde em todas as áreas, e a maioria não apresenta atributos para que possam ser incorporados nos processos de planejamento das Regiões de Saúde e apoiar a gestão do SUS.

Por isso é impreterível um amplo debate pelos profissionais envolvidos nas instâncias de planejamento e gestão, de forma a propor um novo conjunto de indicadores que contribuam para a assistência à saúde, de acordo com o proposto no Decreto 7.501, de 2011.

Este debate deveria iniciar por uma revisão dos diferentes sistemas de informação, suas limitações e potencialidades, incorporando a necessidade de interconexão entre eles. Em seguida, deveriam ser revistas todas as rotinas de operacionalização para a obtenção dos indicadores.

Outro aspecto de suma importância é a capacitação e a formação dos profissionais de saúde responsáveis pelas instâncias de planejamento, em todos os níveis do sistema. O ideal seria que a ferramenta aqui desenvolvida pudesse ser incorporada e qualificada na vida cotidiana dos planejadores e gestores em saúde. Longe de ser a solução para todos os problemas, acredita-se que ela poderia desencadear um processo de educação em saúde que deveria ser estendido a outras instâncias do sistema de saúde.

Finalmente, deve-se deixar registrada a oportunidade e a relevância do desenvolvimento desta ferramenta no âmbito de um Mestrado Profissional, cujo propósito primordial é o de qualificar o trabalhador e aprimorar seu ambiente de trabalho através do engajamento científico. Isso representa um avanço rumo à superação da dicotomia serviço-academia e um cumprimento do preconizado na Lei 8.080, sobre a formação de profissionais de saúde.

VI REFERÊNCIAS

BRASIL, Senado Federal. Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado federal, 1990.

BRASIL, Senado Federal. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Brasília: Senado Federal, 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015. Série Articulação Interfederativa, vol.1. Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília, DF, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota técnica no. 43/DAI/SGEP/MS. Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília, DF, 2013.

CARVALHO, A.I. & BUSS, P.M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. *In*: GIOVANELLA, L. (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008, p. 141-165.

MARIN, H.F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. J. Health. Inform. 2010 Jan-Mar; 2(1):20-4.

MÉDICI, A. O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Disponível em [www.idisa.org.br/site/documento_7234_0_o-indice-de-desempenho-do-sus-\(idsus\)-\(*\).html](http://www.idisa.org.br/site/documento_7234_0_o-indice-de-desempenho-do-sus-(idsus)-(*).html). Acesso em 25/02/2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Interagencial de Informação à Saúde – RIPSa. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde. Resolução nº 555/12 – Comissão Intergestora Bipartite (CIB)/RS. Porto Alegre, 2012.

SOLLA, J. & CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In*: GIOVANELLA, L. (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008, p. 627-704.

VII NOTA À IMPRENSA

Entre as diretrizes do SUS está a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e a alocação de recursos. Com o Decreto 7.508/2011 foram instituídas as Regiões de Saúde, preconizando uma gestão baseada em metas, indicadores e resultados na afirmação e transparência da agenda pública. Para que os gestores possam cumprir com a responsabilidade de planejamento na gestão do SUS, é necessária a disponibilidade articulada de um conjunto de informações. Os objetivos deste estudo foram analisar indicadores de saúde e criar uma ferramenta que oportunize o conhecimento da realidade de saúde dos municípios da 4ª CRS, com sede em Santa Maria, facilitando o planejamento e a avaliação da gestão da saúde. Criou-se a ferramenta “Indicadores para a Gestão Regional de Saúde” (IGRES) com base no programa Excel®. Foram analisados 51 indicadores em sete categorias - IDSUS, mortalidade, recursos, demográficos, socioeconômicos, cobertura e morbidade e fatores de risco - dos quais 40 foram incluídos. No perfil de cada município disponibiliza-se a pirâmide etária da população, uma seleção de denominadores populacionais, uma lista das cinco principais causas de morte e dos cinco principais motivos de internação hospitalar. Gráficos permitem a comparação de cada indicador entre os municípios e todos podem ser atualizados a cada ano, conforme os resultados nos sistemas de informação do DATASUS. Há um excesso de indicadores de saúde em todas as áreas que não apresentam atributos para que possam ser incorporados nos processos de planejamento das Regiões de Saúde e apoiar a gestão do SUS. É urgente uma revisão dos diferentes sistemas de informação, suas limitações e potencialidades, incorporando a necessidade de interconexão entre eles. O ideal seria que a ferramenta aqui desenvolvida pudesse ser incorporada e qualificada na vida cotidiana dos planejadores e gestores em saúde. Longe de ser a solução para todos os problemas, acredita-se que ela poderia desencadear um processo de educação em saúde que deveria ser estendido a outras instâncias do sistema de saúde.