

AValiação GERAL DOS INDICADORES 2016 CORRELACIONADOS ÀS DIRETRIZES NACIONAIS

A partir da definição do Rol de Indicadores 2016 na reunião ordinária da CIT (Brasília), ocorrida em julho do mesmo ano, a Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ retomou a discussão sobre a metodologia de pactuação dos indicadores para o estado e os 92 municípios.

Com a publicação da Resolução nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispôs, tardiamente, sobre as regras do processo nacional de pactuação interfederativa relativa ao ano de 2016 e o novo Rol de Indicadores, intensificou-se esta discussão sobre os indicadores selecionados e a metodologia a ser utilizada para este ano, tendo em vista que houve significativa exclusão de importantes indicadores, ocasionando uma redução do número de indicadores de pactuação nacional, de 67 para 29.

A despeito do tempo decorrido, mas com base no entendimento de que alguns indicadores excluídos pela Resolução CIT nº 2/2016 são de fundamental importância para o estado do Rio de Janeiro, a SES/RJ e o COSEMS/RJ pactuaram, na CIB realizada em 15/09/2016, o acréscimo de 12 indicadores para monitoramento no estado, além dos 28 indicadores do rol nacional (para o estado do RJ não se aplica o indicador 22 – *Incidência Parasitária Anual* [IPA] de malária). Segue quadro abaixo, com os indicadores do Rol 2016.

PAINEL DE INDICADORES/2016
Indicadores Selecionados no âmbito do Estado do RJ e pactuados na CIB de setembro de 2016
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal
Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada
Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado

Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após notificação
Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina
Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm ³
Proporção de municípios com ouvidoria implantada
Indicadores Seleccionados no âmbito da União e pactuados na CIT de agosto 2016
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.
Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.
Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – Caps
Taxa de Mortalidade Infantil
Proporção de óbitos maternos investigados
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade
Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial
Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados
Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase
Número absoluto de óbitos por dengue
Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios

Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas
Planos de saúde enviados aos conselhos de saúde
Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde

A seguir, as análises dos resultados segundo Diretriz e Objetivo:

- **Diretriz: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.**

Objetivo. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar

Os indicadores relacionados ao objetivo desta Diretriz Nacional são apenas 2: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (Universal) e Proporção de exodontia em relação aos procedimentos (Específico). Com a pactuação em CIB, foram acrescentados os indicadores: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica, Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal e Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (AB)

A cobertura populacional estimada pelas equipes da AB aumentou do primeiro quadrimestre de 2016 para o segundo, passando de 59,99% para 61,05%. Com 2.499 equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas e 863 equipes equivalentes, o Estado do Rio de Janeiro (ERJ) alcançou, em novembro de 2016, uma cobertura estimada de 59,92%, apontando para uma pequena redução deste indicador em comparação ao resultado de julho do mesmo ano, de 61,05%. Dentro deste contexto, destacamos alguns municípios da Região Metro I, como Nilópolis, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro e São João de Meriti, que juntos tiveram uma redução no CNES de 50 equipes de Saúde da Família, representando uma diminuição de 1,56% na cobertura de Atenção Básica - AB da Região, o que, certamente, impactou o resultado estadual. Em contrapartida, alguns municípios aumentaram a cobertura AB, tais como: São Gonçalo que saiu de 64,99% em julho para 68,37% em novembro de 2016 e São Fidélis, que

aumentou de 71,70% para 84,98%. Ressalta-se, ainda, que a Ficha de Qualificação deste indicador informa que o indicador deve se basear em eSF implantada, o que significa que deve ser considerado apenas o Nº de eSF aptas para que o município-sede receba os incentivos financeiros devidos, na competência selecionada (cadastradas no sistema e credenciadas pelo MS). Entretanto, equipes com cadastro no CNES, definidas pelo gestor municipal e aprovadas pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e pela CIB podem não ter sido habilitadas pelo MS. Diante disso, entende-se que para o cálculo do indicador deve ser considerado o número de equipes cadastradas, pois, desse modo, o resultado estará mais próximo da realidade de cobertura populacional de Atenção Básica. Isto, pois na atual conjuntura onde não há credenciamento de novas equipes pelo MS, ocorre de equipes definidas em proposta apresentada pelo gestor municipal e aprovadas pelo CMS e pela CIB, não serem habilitadas em portaria pelo MS e estarem atuando no território com cadastro no CNES, (equipes *cadastradas*). Na competência de novembro de 2016, 27 municípios apresentaram um número superior de eSF *cadastradas* em relação ao número de *implantadas*. Esta diferença foi de 241 equipes e pode ser atribuída a duas possibilidades: 1) equipes incompletas na competência, ou 2) não credenciamento de equipes novas pelo MS e manutenção das mesmas pelos municípios sem incentivo federal, conforme já explicado. Para trabalhar com a segunda possibilidade, com segurança, é preciso considerar apenas neste grupo de 27 municípios os que apresentaram o número de equipes *cadastradas* superior ao de equipes *credenciadas*. Nesta situação estão 7 municípios – Maricá, Quissamã, Rio Bonito, Rio Claro, Rio das Ostras, Rio de Janeiro e Seropédica – e 164 equipes. Ao considerarmos esses 7 municípios, dois deles já apresentam 100% de cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica e as duas equipes a mais (uma cada um) devem ser desconsideradas. Para observar o impacto do grande atraso ou não credenciamento de novas equipes pelo MS devem ser levadas em conta, portanto, 162 equipes. Neste caso, a cobertura de Atenção Básica do Estado alcançaria 62,92%.

É preciso considerar que nem todos os municípios apresentam condições de financiamento integral de novas equipes de Saúde da Família, ainda assim poderíamos alcançar uma cobertura superior a 62,92%, com possíveis novos credenciamentos.

Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica

A literatura sobre o tema vincula menores taxas de internações sensíveis à Atenção Básica à maiores coberturas e qualidade do primeiro nível de atenção à saúde. No entanto, este é um indicador indireto, cuja análise deve ser muito cuidadosa, pois há diversos fatores que interferem na ocorrência dessas internações, como aspectos que não dizem respeito, especificamente, aos serviços nas unidades básicas de saúde, mas têm papel importante no

indicador, por exemplo, a fonte de informação, que é voltada ao faturamento hospitalar e não à geração de informações epidemiológicas e à indisponibilidade de leitos para internação.

De forma geral, observa-se uma tendência de queda ao longo dos anos na proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica no Estado do Rio de Janeiro (35,35% a 24,63%), possivelmente como fruto dos esforços realizados pelas três esferas de governo na ampliação do acesso e da resolutividade da atenção básica. Em números absolutos, a redução foi de pouco mais de 108 mil internações em 2009 para cerca de 69 mil em 2016.

Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal

Verificamos no primeiro quadrimestre de 2016, que a cobertura populacional em saúde bucal na AB, registrada no ERJ, foi de 37,57% com pequena recuperação no decorrer dos meses, fechando o ano com 37,60%. Houve oscilação da cobertura nos municípios com reflexo nas regiões, porém sem mostrar relevância no percentual estadual. Apesar do trabalho desenvolvido pela Área Técnica de Saúde Bucal no apoio aos municípios visando à ampliação dos serviços, não foi alcançada a meta proposta de 40%.

As regiões Centro-Sul, Metropolitana I e Baía da Ilha Grande são as que registraram aumento na cobertura. Centro-Sul apresentou aumento do 1º para o 3º quadrimestre devido à ampliação observada em Paracambi e Mendes, sendo que este último passa a registrar 100% de cobertura; Metropolitana I com crescimento discreto e ampliação em Magé, porém com perda de equipes em Japeri e Mesquita. Ressaltamos que em dezembro foi pactuada na CIB a ampliação de 33 equipes de Saúde Bucal para Nova Iguaçu, o que ainda não reflete na cobertura. Na região da Baía da Ilha Grande observamos queda nos dois primeiros quadrimestres, com aumento no 3º devido à ampliação em Paraty.

Verificamos que as demais regiões tiveram diminuição na cobertura de saúde bucal na AB. Foi mais relevante na Baixada Litorânea, em Rio das Ostras e na Região Norte, onde existiu perda de equipes no município de Campos (que retoma o crescimento no decorrer do 3º quadrimestre) e Conceição de Macabu que também teve queda, mas se manteve do 2º para o 3º quadrimestre.

Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.

Verificamos que o resultado no Estado em 2015 foi de 4,89%. Em 2016 a meta pactuada para o estado era de 4%, porém o resultado alcançado até novembro foi de 6,53%, superior à meta. Isto se deve, provavelmente, por perda de equipes de saúde bucal em alguns municípios, tendo como consequência a migração da assistência para as unidades de pronto-atendimento (urgência/emergência), gerando aumento no número de exodontias.

Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada

Verificamos que o resultado no estado em 2015 foi de 1,69%. Em 2016 a meta pactuada para o estado era de 2,5%, calculada a partir da avaliação da série histórica iniciada em 2010, onde o resultado foi 1,58%, alcançando 2,64% em 2014. No entanto, até novembro de 2016 foi verificado um resultado de 0,62%, que mostra queda acentuada do percentual, provavelmente por perda de equipes de saúde bucal em alguns municípios, em decorrência de finalização de contratos dos profissionais no período de término da Gestão.

A Região Médio Paraíba alcançou o índice mais alto, de 2,09% e os menores resultados foram alcançados pelas regiões da Baixada Litorânea, Metropolitana II e Serrana.

Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família

O ERJ não alcançou a meta pactuada, atingindo 61,40% na cobertura de acompanhamento das condicionalidades da Saúde do Programa Bolsa Família. Durante o ano de 2016, a Área Técnica de Alimentação e Nutrição, buscou apoiar tecnicamente os municípios para atingir o percentual mínimo de cobertura para o alcance das metas municipais e da meta estadual.

No segundo semestre de 2016, com a situação econômica e política crítica no país e, particularmente, no ERJ, o deslocamento dos servidores para visitas técnicas nas regiões ficou difícil, assim como a realização de reuniões e de eventos. Alguns municípios também passaram por dificuldades financeiras que comprometeram o acompanhamento das famílias beneficiárias. Destaca-se ainda que o processo eleitoral dos municípios acarretou na troca de gestores e técnicos em 2016. A Área Técnica mantém a meta pactuada em 2016 para o ano de 2017 e reitera o compromisso para as ações do Programa com a elaboração de boletins, continuidade no assessoramento técnico e participação na Comissão Intersetorial do Programa Bolsa Família.

- **Diretriz: Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.**

Objetivo. Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de

Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Os indicadores relacionados ao primeiro objetivo desta Diretriz Nacional são: Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente, Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM), Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária, Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária, Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar, Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – Caps. Foi acrescentado o indicador Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal na pactuação CIB.

Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal

A Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal vem apresentando uma direção de crescimento de acordo com sua série histórica. O resultado deste indicador é preliminar, pois depende do abastecimento dos dados no SINASC. Sendo assim, acredita-se que, até o fechamento dos dados, a meta seja atingida. A Área Técnica da Saúde da Mulher em conjunto com as equipes de apoio regional da Atenção Básica vem trabalhando na capacitação dos profissionais de saúde com o objetivo de descentralizar as consultas de pré-natal para as Unidades Básicas de Saúde.

Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente

Observamos uma redução do indicador citado, podendo estar relacionado a múltiplos fatores possíveis. Dentre eles, a gravidade dos eventos traumáticos, o que favorece o óbito no local do evento, inviabilizando a entrada do paciente na unidade hospitalar. Outro fator seria uma possível redução da cobertura do atendimento pré-hospitalar, devido à inoperância de unidades móveis assim como a falta de dados baseado na fonte de informação (SIH), o que deixa de contabilizar dados de unidade de atendimento pré-hospitalar fixo.

Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)

Quanto ao indicador "Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)", observamos conforme os dados passados, uma redução. Dado positivo para esse indicador. Observamos a redução de óbitos nas internações por IAM, considerando que a fonte de informações foi o SIH, é possível dizer que o paciente que entra na unidade hospitalar por esse motivo possivelmente obteve atendimento mais qualificado. A implementação do uso

de trombolítico nas unidades de pronto atendimento contribui em grande monta para redução da gravidade e proporção de óbitos nos pacientes com IAM, parcela significativa dos paciente mais graves.

Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária e Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.

Considerando os resultados apresentados como Proxy de cobertura da população alvo, os dados apontam leve tendência de crescimento na cobertura dos exames de mamografia, de 17% para 18 % entre 2015 a 2016, mesmo que a cobertura desse exame esteja longe do ideal no Estado, e uma razão de exames citopatológicos que aponta persistência da baixa cobertura do Papanicolau (18% em 2015 e 2016) no Estado. No entanto, sinalizamos que existe uma parcela desses exames que não esta sendo informada nos sistemas oficiais do SUS (SIA/SUS, SISCOLO E SISMAMA), em face da terceirização de serviços diagnósticos para unidades não credenciados ao SUS. Neste caso, a cobertura pode estar subestimada por dificuldade ou impossibilidade de registro dos exames nos sistemas oficiais utilizados para construção dos indicadores. Levando-se em consideração os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil, justificam-se a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do Estado. Para que o diagnóstico precoce seja realizado com êxito, é necessária a implantação de programas organizados de rastreamento, com alta efetividade e menor custo possível, baseando-se na realização do exame de Papanicolau e mamografia de rastreamento, procurando submeter à triagem o maior quantitativo da população alvo. O Sistema Único de Saúde (SUS) realiza os exames para detecção precoce do câncer de colo uterino, em mulheres entre 25 a 64 anos, em todas as Unidades Básicas de Saúde e a mamografia é realizada em serviços de referência. Em 2011 foi lançado, pelo Ministério da Saúde, o Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas, 2011-2022, que prevê o aumento da cobertura do exame de Papanicolau para 85% e de mamografia para 70% de cobertura. Segundo a OMS, com uma cobertura de exame citopatológico do colo do útero da ordem de 80% na população alvo e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo. As ações de promoção ocorrem

sobremaneira na atenção básica, que está mais próxima do cotidiano das mulheres e as acompanha ao longo da sua vida. As abordagens educativas devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos, como grupos, atividades do Programa de Saúde na Escola, outras abordagens grupais da equipe, seja em momentos individuais de consulta. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer. Com relação à detecção precoce, a maior parte dessas ações também ocorre na atenção básica. Tanto as ações de rastreamento, que consistem em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas saudáveis, quanto às ações de diagnóstico precoce, que consistem em captar precocemente alguém que já tem sintomas ou alterações no exame físico, devem ser realizadas no cotidiano das equipes. Portanto, o controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas. Considerando que baixas coberturas do exame de Papanicolau e mamografia não trarão impacto na redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero e mama e que estas baixas coberturas podem estar refletindo as dificuldades para a sensibilização dos profissionais de saúde e da população alvo para a realização dos procedimentos, bem como dificuldades de acesso aos serviços de saúde e alimentação dos sistemas oficiais de informação do SUS, sugerimos manter como alvo metas anuais progressivas até atingir as coberturas preconizadas de 0,75 e 0,5 em 2021. Nesse sentido, é preciso investir em ações para causar impacto no indicador. Sugerimos:

- Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia de confirmação diagnóstica, tratamento de lesões precursoras e referência dos casos confirmados de câncer para o nível terciário;
- Capacitar profissionais da Atenção Básica e Secundária para o rastreamento do câncer do colo do útero.
- Capacitar profissionais da Atenção Básica e Secundária para a detecção precoce do câncer de mama;
- Desenvolver estratégias para difusão de informação e mobilização sociais relativas à prevenção e à detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama.
- Incentivar a divulgação de informações a respeito do câncer de colo uterino e sua ocorrência nas diversas faixas etárias da população feminina, dos fatores de risco - como a infecção por HPV, garantindo orientação adequada quanto à forma de prevenção desta doença às mulheres atendidas nos serviços de saúde;

- Pactuar e sensibilizar os municípios sobre a importância do processo de prevenção e qualificação da assistência;
- Divulgar os indicadores e metas estabelecidas para os indicadores junto às unidades de saúde que realizam os exames;
- Qualificar e investir na ampliação do registro das informações em saúde.

Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar

A curva na proporção de partos vaginais no estado apresenta uma inflexão na curva que era decrescente a partir de 2008. Desde 2014 há aumento sustentado na proporção de parto normal _37,92 em 2014, 39,23 em 2015 e 40,50 em 2016 no estado do Rio de Janeiro. Este quadro pode representar, mesmo que de maneira suave, o impacto da organização da Rede Cegonha e o trabalho desenvolvido nas regiões de saúde.

Objetivo. Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde

Para monitoramento nacional, foram selecionados 3 indicadores Universais: Taxa de Mortalidade Infantil, Proporção de óbitos maternos investigados, Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados e como de Monitoramento estadual pactuado em CIB: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência, Proporção de óbitos infantis e fetais investigados, Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.

Taxa de Mortalidade Infantil

De 2015 para 2016 houve redução tanto no número de nascidos vivos como no número de óbitos em menores de um ano. Como a redução foi de 7% do número de nascidos vivos (de 236.978 para 218.687) sem ocorrer alteração significativa no número de óbitos (2.977 para 2970), houve um aumento considerável da TMI. Os dados preliminares mostraram que as regiões Metropolitana I, BIG e Serrana apresentaram redução na TMI, enquanto todas as demais apresentaram aumento. Qualquer análise quanto aos fatores relativos ao resultado final para o estado desta taxa seria prematura a partir destes dados brutos, sem a devida investigação. Importante destacar a necessidade de fortalecimento das estruturas de

investigação de óbitos, as comissões municipais, para o esclarecimento das causas e circunstâncias dos mesmos.

Proporção de óbitos maternos investigados, Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados e Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

A Assessoria de Dados Vitais/SES-RJ vem fomentando nos municípios a qualificação do banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), para obtenção de informação capaz de subsidiar o planejamento e a organização da atenção à saúde nos grupos avaliados pelos indicadores.

As eventuais diferenças entre os dados nacionais e os estaduais são explicadas pela variação temporal no fechamento do banco de dados, considerando os prazos para realização/conclusão de investigação de óbitos e a consequente inclusão e/ou modificação de dados nesses bancos.

Em relação à proporção de óbitos infantis e fetais investigados, comparado ao ano de 2015 (73,93%), o percentual de 2016 (67,40%) não pode ser ainda considerado como decréscimo, tendo em vista que o prazo de investigação para os óbitos ocorridos no último quadrimestre e termina em 30/04/2017.

Comparado ao ano de 2015 que foi obtido um percentual de investigação dos óbitos maternos de 94,34%, ainda não se pode concluir que o resultado alcançado em 2016 (90,23%) reflita uma diminuição, uma vez que o prazo para conclusão das investigações se encerra em abril de 2017.

Por fim, no ano de 2016, o percentual de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (78,28%) ainda encontra-se abaixo do obtido em 2015 (84,44%).

Entretanto, o prazo para o término das investigações do 3º quadrimestre será no final de abril de 2017. Sendo assim, espera-se que ao final dos 120 dias decorridos após o óbito, os municípios apresentem um aumento percentual das investigações.

Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência

A busca constante na qualificação dos dados relativos aos óbitos maternos não permite acreditar que ocorra uma diminuição significativa no número de óbitos de 2016 em relação ao ocorrido no ano anterior. Há um trabalho intensificado de busca de óbitos maternos entre os óbitos de MIF cuja causa não foi codificada como materna, correspondem aos óbitos investigados, mas que não foram corrigidos no SIM. Há um trabalho de educação permanente com as secretarias municipais no sentido de evidenciar a importância da correção no SIM e a valorização do trabalho de investigação. Foram identificados mais 8 óbitos

maternos em 2015 e o banco de 2015 foi fechado com 159 óbitos maternos. Esse trabalho de busca para 2016 continua a ocorrer e como é uma estratégia nova, não há previsão ainda de quanto haverá de incremento no número de óbitos maternos de 2016 em relação ao que está disponível no banco hoje, apesar do resultado ser favorável por mostrar diminuição do número absoluto de óbitos maternos.

Nº de unidades de saúde com serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.

No primeiro quadrimestre de 2016 registramos 443 unidades notificadoras, no segundo quadrimestre foram registradas 469 unidades notificadoras, e já no terceiro quadrimestre obtivemos 424 unidades que realizaram ao menos uma notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Apesar de observarmos que houve um aumento no número de unidades notificadoras entre o primeiro e o segundo quadrimestre de 2016, nota-se uma significativa diminuição das unidades notificadoras no terceiro quadrimestre de 2016. As regiões onde ocorreu diminuição no número de unidades notificadoras comparando o primeiro e o terceiro quadrimestre foram: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste e Serra. Por outro lado, as regiões Centro Sul e Norte apresentaram um aumento neste mesmo quesito. Somente a região Médio Paraíba manteve o número de unidades notificadoras. Observa-se, que a diminuição de municípios sem notificação no ano de 2016 foi pouco expressiva (diminuiu de 18 para 17 municípios), se comparada ao ano de 2015 (que diminuiu de 24 para 18 municípios), sendo que em ambos os anos, apenas 8 municípios não apresentaram notificações nos anos anteriores. Dos 17 municípios sem notificação no ano de 2016, 4 estão localizados na região Centro Sul, 2 na Médio Paraíba, 8 na Noroeste, 1 na Norte e 2 na Serra. Destes 17 municípios, 4 não têm registro de notificação desde o ano de 2013, pelo menos. É importante salientar que esse quantitativo foi consolidado no início da segunda semana de janeiro, podendo ainda ser modificado com a entrada de novos dados.

- **Diretriz: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.**

Objetivo. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na

prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Os indicadores relacionados a este Objetivo são: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas, Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose, Proporção de registro de óbitos com causa básica definida, Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados, Número de casos novos de aids em menores de 5 anos, Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase, Número absoluto de óbitos por dengue, Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue, Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. A pactuação em CIB trouxe de volta ao monitoramento mais três indicadores: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após notificação, Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina e Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm³.

Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Por se tratar de um indicador que depende dos bancos de dados que registram mortalidade, e que as informações sobre óbitos são integradas ao longo de períodos posteriores ao encerramento do exercício, será necessário aguardar o período para consolidar os resultados. Apresentam-se resultados preliminares, que apontam um decréscimo na taxa, porém considerando o perfil epidemiológico do estado do RJ, é necessário cuidado metodológico nas análises ao longo dos trimestres, avaliando as informações regularmente.

Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após notificação

Trata-se de indicador também contemplado no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQAVS, com consequente repasse adicional de recursos para os municípios. Estima-se que o resultado se justifique por fragilidades relacionadas ao conhecimento e utilização do SINAN. A SVS vinha incluindo em seu planejamento a realização de capacitações regionais, o que não foi possível no ano de 2016. Em alternativa, foram realizadas capacitações centralizadas, com menor carga horária e participação dos técnicos municipais. Observou-se ainda no período alta rotatividade de técnicos de referência para o SINAN nos municípios e conflitos na definição de competências municipais neste monitoramento.

Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas

A meta estabelecida para o ano de 2016 não foi alcançada, no entanto o prazo para fechamento dos dados expira no mês de março e estes são referentes ao levantamento feito em data anterior ao término do prazo.

No ano de 2016 a Gerência de Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis –GDITR realizou algumas iniciativas de apoio técnico aos municípios para realização de ações de imunização, como:

- Reunião de Coord. Municipais, voltada à realização da Campanha Nacional contra Influenza, em 12/04,
- Reunião preparatória para a Campanha nacional contra Poliomielite em 26/07;
- “Capacitação em SI-EAPV on line”, para monitoramento de eventos adversos à vacinação, em 17-18/05;
- II Oficina de rede de frio, em 22/09;
- Reunião de avaliação das ações de imunização 2016 e preparação para a programação 2017, realizada em 13/12.

Houve ainda grande mobilização de profissionais das coordenações de imunização em torno do “Plano de Erradicação da Poliomielite: Estratégia Brasil”, com ações de vigilância epidemiológica, imunizações, contenção laboratorial, vigilância ambiental, comunicação social, entre outros. A SES realizou, em parceria com as SMS, visitas para certificação quanto à informação prestada quanto à negativa de VOPT em seus estoques. Apesar dos esforços da Secretaria Estadual para cumprir seu papel indutor de políticas no âmbito municipal, a execução precípua segue sendo de competência municipal. Sendo assim, consideramos que o ano de 2016 caracterizou-se como ano de extrema dificuldade para os municípios, em razão do

pleito eleitoral, o que nos leva a deduzir que o baixo resultado obtido seja atribuído à instabilidade administrativa nas estruturas operacionais implicadas nas ações de imunização, tais como interrupções nos sistemas de telefonia, logística de deslocamentos e alta rotatividade de profissionais. Estima-se que, dentre outros fatores contribuintes, possa ter havido impacto nos resultados por conta de alteração de data da campanha de multivacinação 2016 para o mês de setembro em função da realização dos Jogos Olímpicos 2016 na cidade do Rio de Janeiro. Neste período, muitos profissionais municipais estavam sendo desligados das coordenações, no contexto de futuras mudanças na gestão. Apesar do nome do indicador ser "Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas", o método de cálculo em âmbito estadual trata da proporção de municípios que alcançaram a cobertura vacinal adequada em pelo menos 6 das 8 vacinas (75%) do calendário de vacinação da criança. Neste caso, apenas 36 municípios se enquadraram. Quando observamos a cobertura vacinal efetiva no âmbito do estado, a situação se mostra de outra forma se comparamos a meta de cobertura adequada que está descrita entre parênteses e o resultado efetivamente alcançado: BCG (90%)- resultado ERJ - 103%

Rotavírus Humano (90%)- resultado ERJ - 89,22%

Pentavalente (95%):-resultado ERJ - 90,98%

Poliomielite (95%): resultado ERJ - 85,02%

Pneumocócica conjugada (95%): resultado ERJ - 99,84%

Meningocócica conjugada (95%): resultado ERJ - 95,79%

SCR (95%): resultado ERJ - 99,32%

Influenza (80%): resultado ERJ - 89,6%

Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial e Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose

O enfrentamento da tuberculose tem sido um desafio permanente para o estado do Rio de Janeiro nos últimos anos. Os resultados preliminares para 2016, com base no ano de 2015, demonstram que o desafio permanece. O tratamento da tuberculose e a realização de testagem anti-HIV para esses pacientes são ações essencialmente municipais e também vulneráveis à crise econômica acentuada em 2016 para manter aporte logístico e processo de trabalho necessários. Neste enfrentamento, grandes parcerias técnicas entre secretaria estadual e municipais foram realizadas. O incentivo financeiro para municípios prioritários no âmbito do Plano de Enfrentamento de Tuberculose e Aids (Deliberação CIB-RJ de 09/05/13) foram repassados até 2015, aumentando a dificuldade de mobilização das equipes técnicas municipais. Ambos indicadores relacionados à Tuberculose apresentam problemas

importantes de informação, dificultando a apuração adequada do resultado das ações realizadas. Apenas 92% dos casos de tuberculose pulmonar foram encerrados. Entre os 8% não encerrados podem estar incluídos os casos curados, abandonos, óbitos ou transferidos. Além disso, diversos municípios apresentaram resultados que sugerem fortemente o subregistro e não falta de detecção ou tratamento. Para o resultado do indicador “Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose” foi considerado o ano de 2015, 77,05%, tendo em vista o retardo na implantação de testes rápidos e o registro dos testes tipo Elisa ocorrerem apenas por ocasião do encerramento do caso.

Proporção de registro de óbitos com causa básica definida

Resultado satisfatório, considerando ainda os dados preliminares. Esta área constitui uma prioridade para a Assessoria de Dados Vitais, investindo na qualificação constante através de varias estratégias para educação permanente nas assessorias responsáveis nas secretarias municipais.

Número de casos novos de aids em menores de 5 anos, Proporção de pacientes HIV+ com 1° CD4 inferior a 200cel/mm³, Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade

Dos indicadores relacionados às Doenças Sexualmente Transmissíveis, observamos resultados satisfatórios em relação à meta quanto ao indicador Proporção de pacientes HIV+ com 1° CD4 inferior a 200cel/mm³, sugerindo o incremento na captação precoce do paciente HIV+.

Para o Número de casos novos de aids em menores de 5 anos e Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, embora os resultados sejam satisfatórios, ainda é necessário o fechamento das bases de dados para fazer uma avaliação mais precisa em relação à meta. Além de serem importantes para o monitoramento de resultados na área de DST/Aids, esses indicadores são também elementos para avaliar a qualidade do pré-natal no âmbito da atenção materno-infantil.

Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina

Resultado satisfatório principalmente pelas dificuldades enfrentadas nos últimos anos com obtenção de baixas coberturas vacinais. Houve falhas no passado na disponibilização do imunobiológico pelo Ministério além de resistência da população para a vacinação de cães devido a repercussão por acidentes na vacinação.

Número absoluto de óbitos por dengue

O número de óbitos por dengue no estado foi de 23 em 2015 e de 17 em 2016. O indicador está relacionado diretamente com a qualidade da atenção, uma vez que alguns casos podem ser evitados por diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Observamos em 2016, uma redução de 46,9% no número de óbitos no estado do Rio de Janeiro_ 17 óbitos_ quando comparado ao ano de 2015_23 óbitos. A região Serrana foi a 2ª em número de notificações de casos (14088 casos_ e taxa de incidência de 1434,3 /100000 habitantes) ficando abaixo da região Metropolitana I (29426 casos- 25644 na capital) e da região Noroeste quanto à incidência (2596,2/100000 hab.). Esta região também foi a segunda colocada em número de óbitos (4) menor apenas que a da região Metropolitana (7).

Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue

O resultado de 2015 foi 19,57, a meta de 2016 foi 4. O resultado preliminar para 2016 foi 68,5, que pode expressar um maior cuidado considerando a epidemia de Zika e suas repercussões. Há muitos relatos de dificuldades para o alcance dos 4 ciclos de visitas preconizados, principalmente em regiões que possuem imóveis fechados por terem ocupação sazonal (áreas turísticas), embora seja um indicador de processo importante para controle deste agravo.

Objetivo Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor

Neste segundo objetivo desta Diretriz consta apenas um indicador.

Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios

Esse indicador não reflete de forma real a execução das ações de vigilância sanitária pelos municípios, pois o seu monitoramento depende da alimentação do sistema SIA/SUS, com o quantitativo das ações executadas. Considerando que essa informação não é encaminhada regularmente pelos municípios, o percentual de execução atribuído ao indicador não reflete a realidade.

Visando sensibilizar os gestores municipais em relação à necessidade de alimentação do sistema, em 2016, a Superintendência de Vigilância Sanitária apresentou em reunião da Comissão Intergestores Bipartite as informações que, até aquele momento, haviam sido lançadas e que sinalizavam a não alimentação do sistema. Com isso foi possível observar uma

pequena melhora nos resultados apurados, por município, que se refletiu no cálculo do indicador, se compararmos a evolução do resultado de 2016 (52,17) em relação a 2015 (28,26).

- **Diretriz: Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013**

Objetivo. Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho

Apenas um indicador foi relacionado a esta Diretriz: Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.

Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.

A meta proposta foi atendida na sua totalidade. O indicador utilizado evidencia apenas a proporção de ações realizadas dentre as programadas pelo estado. É um indicador frágil como instrumento de subsídio à tomada de decisão, para revelar a situação atual da PNEPS e a sua evolução, assim como para a publicização dos resultados das ações do governo. Como não existe um parâmetro que norteie o número de ações educativas que deveriam ocorrer, o indicador não permite analisar os avanços da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

- **Diretriz: Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral**

Objetivo: Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS

O único indicador relacionado ao objetivo desta Diretriz Nacional é Planos de Saúde enviados aos Conselhos de Saúde (Universal). Com a pactuação em CIB, foi acrescentado o indicador Proporção de municípios com ouvidoria implantada.

Plano de Saúde enviados aos Conselhos de Saúde

Este indicador é restrito a um aspecto normativo do processo de planejamento do SUS. Na Nota Técnica nº11/2015 SES-RJ/COSEMS-RJ, ficou sugerido que fossem avaliadas informações contidas nos sistemas SARGSUS, SIACS e SISPACTO. O método de cálculo se desdobraria em: Proporção de cumprimento das obrigações, com meta de sempre alcançar 100%. Entende-se que de 4 em 4 anos seriam 5 itens a serem avaliados (realização de Conferência de Saúde (A), planos de saúde aprovado pelo Conselho de Saúde (B), RAG encaminhado ao Conselho (C), pactuação das Metas aprovada pelos respectivos conselhos (D) e conselho de saúde cadastrado no SIACS (E). Nos outros 3 anos, 3 itens avaliados: RAG, pactuação das metas e conselho cadastrado no SIACS. O Plano de Saúde vigente (2016-2019) foi enviado ao CES no prazo correto e posteriormente sofreu um realinhamento, tendo em vista a nova gestão e novo cenário financeiro do estado, estando ainda em apreciação pelo mesmo.

Proporção de municípios com ouvidoria implantada

A responsabilidade pela implantação dos serviços de ouvidoria cabe a cada gestor SUS, seja ele municipal, estadual ou federal. Algumas decisões foram importantes ao longo desse percurso para consolidar e ampliar a rede de ouvidorias do SUS no estado: a pactuação dos critérios para o funcionamento dos serviços de ouvidorias do SUS no Estado do Rio de Janeiro (Deliberação CIB RJ-2.630/13) e a pactuação dos critérios de qualidade de resposta ao cidadão (Deliberação CIB RJ-3.413/15). Através de um acompanhamento técnico, foi possível realizar o monitoramento da implantação dos serviços, através de supervisão direta para verificação dos critérios de implantação, permitindo maior fidedignidade nas informações obtidas para o acompanhamento do indicador. Durante o ano de 2016, o rol de indicadores pactuados a nível nacional exclui o indicador de implantação de ouvidorias em saúde, mas através de pactuação realizada a SES/RJ e o COSEMS/RJ decidem manter doze indicadores estratégicos, dentre eles o indicador da ouvidoria – *Proporção de municípios com Ouvidoria implantada*. Todo trabalho desenvolvido, permitiu que a ampliação da proporção de ouvidorias existentes de 10,87% em 2009 para um percentual estimado de 76,09% no ano de 2016. A evolução positiva desse indicador traduz o comprometimento dos gestores com a participação do cidadão na gestão da saúde em cada território, nesse sentido, o Estado do Rio de Janeiro, vem contribuindo com a organização do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS.

- **Diretriz: Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.**

Objetivo: Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.

O indicador relacionado ao objetivo desta Diretriz Nacional é Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde (Específico). Este indicador embora pretenda induzir uma qualificação e economia na compra de materiais e insumos, auxiliando na gestão dos gastos, esbarra em questões relacionadas aos preços e suas variáveis tais como quantidade e localização geográfica e regional. A proposta é que os gestores utilizem este sistema para disponibilizar os preços que conseguiram obter para os mesmos insumos. A SES durante o ano de 2016 não alimentou o BPS, o que não significa que não tenha buscado comparações em outros bancos de dados permitindo economia de gastos.