

ANEXO

DIRETRIZ 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.		
INDICADORES	CONSIDERAÇÕES	SUGESTÕES
1 U. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	A Estratégia de Saúde da Família demonstrou nos últimos anos ser uma estratégia mais efetiva em relação aos arranjos tradicionais, no entanto se reconhece a importância de dar visibilidade à atuação das Unidades Básicas de Saúde tradicionais. É digno de nota que elevadas coberturas não necessariamente representam alta resolutividade, o que se revela na análise de outros indicadores de saúde, como as internações sensíveis à atenção básica. Na ficha de qualificação deste indicador deveria estar presente a meta (parâmetro de referência) nacional.	Manutenção do Indicador.
2 U. Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	A literatura sobre o tema vincula menores taxas de internações por condições sensíveis à Atenção Básica a maiores coberturas e qualidade do primeiro nível de atenção. A análise desse indicador, contudo deve ser muito cuidadosa, pois há diversos fatores que interferem na ocorrência dessas internações. Necessidade de considerar a rede privada (saúde suplementar e particular). Na ficha de qualificação deste indicador deveria haver parâmetro para proporção ideal de ICSAB.	Manutenção do Indicador.
3U. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Por questões às vezes pontuais, há dificuldades em uma das vigências e o indicador deixa de ser representativo do acompanhamento pela atenção básica das famílias beneficiárias do programa. Na ficha de qualificação deste indicador consta como meta nacional a cobertura maior ou igual a 73% e deveria orientar as metas a serem pactuadas nos municípios e estados, de acordo com o histórico.	Manutenção do Indicador, mas usando a média do número de famílias das duas vigências, e não apenas o apurado na segunda vigência.

<p>4U. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal</p>	<p>Não considera o número de equipes de Saúde Bucal. Para o indicador da ESF e ESF equivalente (indicador 1), faz parte do método de cálculo a coleta separada dos dados, permitindo a disponibilização desagregada. No caso da saúde bucal não há essa discriminação ficando impossível identificar tanto o número de profissionais na ESB/ESF quanto o número de profissionais no modelo tradicional, como no Indicador 1. Na ficha de qualificação deste indicador deveria estar presente a meta (parâmetro de referência) nacional.</p>	<p>Manutenção do Indicador, porém, com um método de cálculo análogo ao realizado para a AB, deixando visível o que provém da atenção tradicional em Saúde Bucal e das equipes de Saúde Bucal vinculadas às equipes de Saúde da Família. Sugestão de método de cálculo: $(ESFSB+ESB \text{ equivalente}) * 3000 / \text{pop no mesmo local e período} * 100$ *Equipes equivalentes de SB usando CBO do Clínico e do Clínico dentista de saúde coletiva dividido pelas 40 horas. (ESB equivalente seria = $CBO \text{ do dentista clínico} + CBO \text{ do dentista de saúde coletiva} / 40$).</p>
<p>5U. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada</p>	<p>Estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à ação de escovação dental supervisionada embora não avalie a frequência da mesma. Os resultados deste indicador podem ser decorrentes de ações pontuais, não expressando a real situação da atenção à Saúde Bucal naquele território e devem ser analisados em conjunto com outros indicadores. Apesar dessas considerações, é o único dos 3 indicadores representante das medidas de prevenção das doenças bucais que ocorrem nos territórios visando o controle da cárie e doença periodontal, através do incentivo do hábito de escovação e sua incorporação na rotina. Para tanto são necessárias ações de reforço periódico de instrução de higiene bucal, buscando alternativas para esta prática mais próximas da realidade local. Na ficha de qualificação deste indicador deveria constar o parâmetro de referência.</p>	<p>Manutenção do Indicador.</p>
<p>6E. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos</p>	<p>Indicador sensível e potente. Na ficha de qualificação deste indicador deveria constar o parâmetro de referência.</p>	<p>Manutenção do Indicador</p>

<p>7U- Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente</p>	<p>Indicador frágil para avaliar acesso da população à média complexidade ambulatorial. Alguns procedimentos são realizados fora da Tabela SUS e, portanto, não informados no SIA. Necessário rever Tabela SUS. É um indicador composto, de difícil avaliação. Seria importante avaliar os procedimentos separadamente dentro do mesmo grupo, bem como os parâmetros específicos de cobertura para cada especialidade e o perfil epidemiológico. Indicador faz parte do IDSUS, sem discriminar qual rede ou agravo a ser monitorado. Não é viável o acompanhamento por cada procedimento.</p>	<p>Exclusão do Indicador da nova lista 2016-2019.</p>
<p>8U. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente</p>	<p>Indicador de difícil avaliação, uma vez que procedimentos relacionados a diferentes causas são considerados na composição do mesmo. Damos como exemplo as internações sensíveis a atenção básica, que não devem ter seu percentual de cobertura aumentado como uma meta desejável. Vários procedimentos constantes neste indicador conflitam com o indicador 02 que é a proporção de internações por condições sensíveis a atenção básica (ICSAB). Indicador faz parte do IDSUS, sem discriminar qual rede ou agravo a ser monitorado. Não é viável o acompanhamento por cada procedimento.</p>	<p>Exclusão do Indicador da nova lista 2016-2019.</p>
<p>9E. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente</p>	<p>O ideal seria trabalhar estas informações por especialidade, para se fazer uma análise mais específica de cada grupo de procedimentos, considerando o perfil epidemiológico relacionado a cada uma delas. Indicador faz parte do IDSUS, sem discriminar qual rede ou agravo a ser monitorado. Não é viável o acompanhamento por cada procedimento.</p>	<p>Exclusão do Indicador da nova lista 2016-2019.</p>
<p>10E- Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente</p>	<p>O ideal seria trabalhar estas informações por especialidade, para se fazer uma análise mais específica de cada grupo de procedimentos, considerando o perfil epidemiológico relacionado a cada uma delas. Indicador faz parte do IDSUS, sem discriminar qual rede ou agravo a ser monitorado. Não é viável o acompanhamento por cada procedimento.</p>	<p>Exclusão do Indicador da nova lista 2016-2019.</p>

11E- Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado	Aguardada a publicação do documento, pelo Ministério da Saúde, de orientação de contratualização, inclusive com unidades públicas, conforme Portaria GM/MS nº 3410/2013. Necessária a revisão da Tabela-SUS, desatualizada há muito tempo, e equacionar as dívidas dos hospitais filantrópicos. Na ficha de qualificação deste indicador deveria constar o parâmetro de referência.	Manutenção do Indicador.
DIRETRIZ 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção		
INDICADORES	CONSIDERAÇÕES	SUGESTÕES
12U- Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	Indicador que expressa número absoluto perde a possibilidade de comparar cidades, estados. O nome do indicador, serviço de violência implantado, não representa o que mede pois a forma de cálculo é número de unidades de saúde que notificaram violência (independente de serviço implantado). Necessidade de considerar a rede privada (saúde suplementar e particular). Na ficha de qualificação deste indicador deveria especificar o parâmetro de referência.	Manutenção desta análise quanto a Unidades que realizam notificação de violência, porém usando a proporção das Unidades potencialmente notificadoras. Necessidade de definição destas unidades, de acordo com classificação no CNES. Fontes para construção do indicador continuariam sendo SINAN e CNES.
13E- Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	O indicador é por residência do paciente. Como todo indicador referente a violências, o local de ocorrência pode ser mais importante que o de residência. Na ficha de qualificação deste indicador deveria especificar o parâmetro de referência.	Mudança na construção do indicador - em vez de ser avaliado por residência, ser por local de ocorrência
14E- Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo miocárdio (IAM)	Indicador não capta o número de óbitos por IAM ocorridos em UPA e outras emergências, pois os atendimentos não geram AIH (internação). Necessidade de um sistema de informação nacional que contemple os óbitos pré hospitalares (móveis e fixos) de urgência. Necessidade de considerar a rede privada (saúde suplementar e particular). Na ficha de qualificação deste indicador deveria constar o parâmetro de referência.	Manutenção do indicador

15E- Proporção de óbitos, em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)	Agrega muitas variáveis dificultando o monitoramento e avaliação. A fonte de informação usada no cálculo deste indicador não informa se o óbito ocorreu durante a permanência na UTI. Retirada deste indicador visto que o mesmo não fornece subsídios para a análise da situação de Urgência e Emergência, considerando que o mesmo também inclui situações não vinculadas ao atendimento de urgência. Inclui no mesmo indicador a UTI neonatal e a UTI pediátrica, que são totalmente distintas. Além disso, só é possível medir se houve passagem na UTI, não se o óbito ocorreu na UTI.	Exclusão deste indicador da nova listagem, visto que o mesmo não fornece subsídios para a análise da situação de Urgência e Emergência.
16E- Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192)	Indicador pertinente, porém deficiente na avaliação da qualidade. Na ficha de qualificação deste indicador deveria constar o parâmetro de referência.	Manutenção do indicador
DIRETRIZ 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.		
INDICADORES	CONSIDERAÇÕES	SUGESTÕES
18U- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e população da mesma faixa etária	Os procedimentos para rastreamento do câncer de colo de útero precisariam ser registrados de forma individual para análise da triagem de 1/3 da população alvo da faixa etária considerada a cada ano. Necessidade de considerar os exames realizados na rede privada (saúde suplementar e particular).	Manutenção do indicador
19U- Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Os procedimentos para rastreamento do câncer de mama precisariam ser registrados de forma individual para análise da triagem de 1/2 da população alvo da faixa etária considerada a cada ano. Necessidade de considerar os exames realizados na rede privada (saúde suplementar e particular).	Manutenção do indicador
INDICADORES	CONSIDERAÇÕES	SUGESTÃO

20U- Proporção de parto normal	<p>Este indicador mede a participação relativa dos partos vaginais no total de partos. O número de nascidos vivos é uma aproximação do total de partos. O indicador é influenciado pelo modelo de assistência obstétrica adotado. Como limitação, destaca-se a não inclusão dos partos que deram origem a natimortos e abortos, uma vez que a fonte de informação é o SINASC. O nome do indicador deveria ser Proporção de Parto Vaginal, e não parto normal. Seria importante haver a publicação na ficha de qualificação do indicador de parâmetro de referência (OMS e Brasil)</p>	<p>Manutenção do indicador, com alteração na nomenclatura</p>
21U- Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	<p>Número de Consultas preconizadas no pré-natal, no caderno de Atenção Básica (Pré-natal) - 6 consultas no mínimo. Na declaração de Nascidos Vivos, que alimenta o SINASC, há um campo de preenchimento livre quanto ao número de consultas pré-natal. No Rol atual de Indicadores, há a avaliação quanto ao número de nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas no pré-natal, enquanto na Rede Cegonha a avaliação é na proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério até 42 dias pós-parto). Na ficha de qualificação deste indicador deveria constar o parâmetro de referência, incluindo o considerado na PT 1.631, de 5 de outubro de 2015</p>	<p>Manutenção desta avaliação do número de consultas no pré-natal, mediante uma padronização do número ideal para o planejamento (6 consultas no pré-natal e uma no puerpério)</p>
22U- Número de testes de sífilis por gestante	<p>O indicador pretende avaliar a testagem de sífilis por município de residência, porém no estado do Rio de Janeiro em torno de 80% dos testes é realizado através do papel filtro produzido pelo Instituto Vital Brasil, no entanto esses testes não são considerados no cômputo do indicador pois não existe um código específico para ser lançado na base do SIA/SUS E SIH/SUS.</p>	<p>Manutenção do Indicador: Solicitar ao MS através da SAS a codificação do teste de papel filtro para que o mesmo seja computado no cálculo do indicador.</p>

23U- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Os números absolutos, também chamados valores ou números brutos ou frequências absolutas, representam o que se obtém ao contar, diretamente, uma série de eventos da mesma natureza. Ainda que esses números absolutos sirvam para algum tipo de avaliação, não medem a força ou risco de ocorrência de determinado evento (Laurenti et al., 2005). Faltam parâmetros de referência na ficha de qualificação do indicador. O quanto é esperado de óbito materno em sociedades mais saudáveis, com qualidade no acesso. Como existem populações de tamanho muito díspares, seria importante mostrar o número absoluto em paralelo à Razão de Mortalidade Materna	Manutenção da avaliação de Mortalidade Materna com alteração do Indicador, passando a adotar também o Coeficiente de Mortalidade Materna para municípios com mais de 100.000 hab, com visualização do número absoluto
24U- Taxa de mortalidade infantil	Indicador potente e sensível. Na ficha de qualificação deste indicador deveria constar o parâmetro de referência.	Manutenção do indicador
25U- Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Indicador potente e sensível	Manutenção do indicador
26U-Proporção de óbitos maternos investigados	Indicador potente e sensível	Manutenção do indicador
27U- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	Indicador potente e sensível	Manutenção do indicador
28U- Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Os números absolutos, também chamados valores ou números brutos ou frequências absolutas, representam o que se obtém ao contar, diretamente, uma série de eventos da mesma natureza. Ainda que esses números absolutos sirvam para algum tipo de avaliação, não medem a força ou risco de ocorrência de determinado evento (Laurenti et al., 2005).	Substituição por: Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em Menores de 1 ano
DIRETRIZ 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas		
INDICADORES	CONSIDERAÇÕES	SUGESTÕES

29E- Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial	Vários outros equipamentos para organização da rede de atenção psicossocial que não estão sendo considerados	Manutenção do Indicador
DIRETRIZ 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.		
INDICADORES	CONSIDERAÇÕES	SUGESTÕES
30U- Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e	<p>O comportamento de cada um dos componentes pode se modificar na série histórica, além de apresentarem quantidades relativas muito díspares. Os dois fenômenos podem dificultar a análise e, eventualmente, levar a conclusões imprecisas. As limitações apontadas constituem objeto de análise da área técnica da SES, que constituiu no ano de 2015 o Comitê de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas de Enfrentamento das DCNT do ERJ, definindo painel de indicadores que se somam ao indicador universal, ampliando a análise das DCNT. Trata-se de indicador selecionado pelo Plano de Ações Estratégicas de enfrentamento das DCNT, tanto a nível nacional (2011-2022) quanto estadual(2013-2022). Na ficha de qualificação deste indicador deveria constar o parâmetro de referência.</p>	<p>Manutenção do Indicador.</p>

doenças respiratórias crônicas)		
DIRETRIZ 7- Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde		
INDICADORES	CONSIDERAÇÕES	SUGESTÕES
35U- Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	Permite uma avaliação da homogeneidade das coberturas vacinais do calendário básico da criança, para cada município. Poderia ser usado um escalonamento para a avaliação desta homogeneidade de coberturas nas análises dos resultados, com municípios classificados em três estratos de homogeneidade: <50% de H; de 50% a <75% de H; e ≥75% de H. Dessa forma, além da proporção de alcance ou não do indicador, poderíamos identificar o quantitativo de municípios que se encontram em situação de alerta.	Manutenção do indicador

36U- Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	<p>Necessidade de maiores explicações na ficha de orientação deste indicador sob o ponto de vista epidemiológico quanto aos parâmetros de referência mudarem de acordo com a linha de base. Permitir estabelecimento de metas (municipais e estaduais) abaixo de 85% de cura para casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, significa aceitar meta de manutenção da transmissão da doença. É um indicador adequado para avaliação da qualidade da assistência e redução da transmissão da doença</p>	<p>Manutenção do indicador</p>
37U- Proporção de exame anti- HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	<p>Indicador potente e sensível</p>	<p>Manutenção do indicador</p>
38U- Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	<p>Indicador potente e sensível</p>	<p>Manutenção do indicador</p>
39U- Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após notificação	<p>No estado do Rio de Janeiro dois importantes agravos são de notificação compulsória imediata. Sugestão de inclusão de Meningite e Difteria no cálculo do indicador</p>	<p>Manutenção do indicador</p>
40U- Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	<p>O ideal seria este indicador apresentar as doenças ou agravos por local de ocorrência, estabelecendo cenário de risco de cada município. Há a sugestão de um novo indicador que é a Proporção de Acidentes Graves e Fatais Investigados (N° de casos de Acidentes Graves e Fatais Investigados / N° total de casos de Acidentes Graves e Fatais) . A investigação de acidentes de trabalho no sistema único de saúde tem como princípio prevenir que o mesmo acidente ou que acidentes semelhantes se repitam</p>	<p>Manutenção do indicador</p>

<p>41U- Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios</p>	<p>Indicador potente e sensível</p>	<p>Manutenção do indicador</p>
<p>42U- Número de casos novos de aids em menores de 5 anos</p>	<p>A partir do segundo semestre de 2015 a gerência de DST/AIDS implementou a rotina de linkage dos bancos: SICLON, SISCEL, SINAN e SIM, o que torna o levantamento dos dados mais ágil sem haver a necessidade de aguardar o envio dos dados pelo MS.</p>	<p>Manutenção do indicador</p>
<p>43E- Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm³</p>	<p>Este indicador é importante para avaliar a oportunidade do diagnóstico tardio da doença. Com a disponibilidade dos bancos SISCEL e SIMC aos estados, os mesmos tem maior capacidade para analisá-lo.</p>	<p>Manutenção do indicador</p>
<p>44E- Número de testes sorológicos anti-HCV realizados</p>	<p>O indicador não é adequado para avaliar a real prevalência da doença, tendo em vista que um mesmo indivíduo pode realizar mais de um teste ao ano.</p>	<p>Substituição: Taxa de Incidência de Hepatite C</p>
<p>45E- Proporção de cura casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes</p>	<p>Indicador adequado para avaliação da qualidade da assistência e redução da transmissão da doença</p>	<p>Manutenção do indicador</p>
<p>46E- Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados</p>	<p>Indicador mede a ação da Vigilância Epidemiológica quanto a avaliação de contatos e busca de novos casos, no estado do Rio de Janeiro esta ação ainda precisa ser estimulada e melhor estruturada.</p>	<p>Manutenção do indicador</p>

47E- Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	<p>No estado do Rio de Janeiro existe uma transmissão esporádica da Leishmaniose Visceral (LV), aumento do número de casos em alguns municípios da região do Médio-Paraíba e capital, além de subnotificação. Considerando o amplo espectro clínico da LV em humanos, que pode variar de manifestações clínicas discretas (oligossintomáticas) a graves, este indicador deveria monitorar o aparecimento de casos autóctones e não o número absoluto de óbitos.</p>	<p>Substituição: Taxa de incidência de casos novos autóctones de LV Fonte: SINAN Net</p>
48E- Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	<p>A situação comum em centros urbanos de gatos livres, abandonados nas ruas, sem castração, potenciais transmissores da raiva urbana, associada às dificuldades dos proprietários saírem com os gatos para vacinação nas campanhas por gerar grande estresse animal torna necessária a avaliação da cobertura vacinal felina.</p>	<p>Acrescentar o indicador de cobertura vacinal em gatos</p>
51E- Número absoluto de óbitos por dengue	<p>Sendo o indicador de número absoluto, ele não permite comparações e análises são prejudicadas quando ocorrem grandes epidemias com elevação do número de óbitos. Sugestão de uso da taxa de letalidade, considerando no denominador todos os casos de dengue, graves ou clássicos.</p>	<p>Substituição: Taxa de letalidade por dengue</p>
52E- Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	<p>Muitos relatos de dificuldades para o alcance dos 4 ciclos preconizados, embora seja um indicador de processo importante para controle deste agravo</p>	<p>Manutenção do indicador</p>
53U- Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	<p>Embora haja orientações no método de cálculo quanto ao número de amostras obrigatórias, não há o estabelecimento da necessidade de serem representativas da extensão de todo território (estabelecimento de pontos de coleta representativos).</p>	<p>Manutenção do indicador</p>

DIRETRIZ 8 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

INDICADORES	CONSIDERAÇÕES	SUGESTÕES
54E - Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService	Para o estado tem que ser um indicador de processo, pois o papel do estado é apoiar, monitorar e avaliar os municípios quanto à capacitação e implantação do sistema Hórus e/ou outro para gestão. Para os municípios deve ser um indicador de resultados, a implantação do próprio sistema Hórus e/ou implantar outro sistema para a gestão da Assistência Farmacêutica.	Tipos de indicadores diferentes para estado e municípios
55E- Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados	Não há informações para avaliação da estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica no estado, ou seja, se as farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estão estruturados no que diz respeito a equipamentos e mobiliários, conforme as diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS.	Este indicador não deveria ser de pactuação estadual
56E- Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária no ano	A fonte de dados escolhida para este indicador não é viável para a coleta de dados por parte da SES, pois o sistema DATAVISA é de acesso exclusivo do MS e ANVISA e, ainda, em razão do sistema canais não permitir a geração de relatórios para obtenção de dados que também possam ser utilizados neste indicador. Este indicador também não favorece o desenvolvimento de critérios que permitam a priorização da inspeção em função da classificação de risco do estabelecimento, segundo requisitos preconizados em tripartite.	Manutenção do Indicador, porém com um método de cálculo que permita a definição do percentual de indústria de medicamentos a serem inspecionadas em função do risco sanitário.
DIRETRIZ 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.		
INDICADORES	CONSIDERAÇÕES	SUGESTÕES

<p>57E- Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas</p>	<p>A fonte de dados deste são os Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde do ano de 2007 a 2015 e o Relatório Anual encaminhado ao DEGES/SGTES/MS dos anos de 2007 a 2011. 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. Há um prejuízo na análise ao se compararem proporções de ações realizadas se não existir um parâmetro do número de ações que deveriam ocorrer.</p>	<p>A utilização de indicadores para acompanhar e avaliar a execução da política de educação permanente é relevante e necessita ser aperfeiçoada. Sugerimos a revisão do atual indicador e a sua substituição por outro que contemple o alcance real das ações de capacitação, como por exemplo, número de profissionais capacitados e abrangência populacional, de forma a possibilitar a comparação entre os estados da federação.</p>
<p>58E- Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva</p>	<p>A fonte de informação é múltipla, sem acesso aos gestores estaduais e municipais, não sendo possível uma análise da série histórica. O objetivo do indicador que seria aferir a expansão dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva não é possível por dar margem a diferentes interpretações: expansão de programas e de vagas, expansão de vagas sem aumento do número de programas, expansão do número de programas sem aumento do número de vagas, e até mesmo, a expansão do número de programas com redução do número de vagas.</p>	<p>Desdobramento deste indicador em dois, de forma a avaliar o número de programas e o número de vagas</p>
<p>59E- Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental</p>	<p>Este indicador objetiva aferir a expansão dos Programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental. Entretanto, compreendemos que da maneira como o mesmo está formulado não é possível obter a informação desejada, pois ele dá margem a diferentes interpretações - podemos observar a expansão de programas e de vagas; a expansão de vagas sem aumento do número de programas; a expansão do número de programas sem aumento do número de vagas, e; até mesmo, a expansão do número de programas com redução do número de vagas.</p>	<p>Desdobramento deste indicador em dois, de forma a avaliar o número de programas e o número de vagas</p>

60E- Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados	A Fonte Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde limita a informação de número de pontos implantados à data de acesso, não apresentando uma série histórica.	Manutenção do indicador
61U- Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos	O cálculo do indicador define como vínculo protegido os chamados cargos em comissão e contratos temporários, que não é aceito como sendo vínculo protegido.	Manutenção do Indicador, mas não classificar cargo em comissão e contrato temporário como vínculo protegido
62E- Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento	FONTE DE INFORMAÇÃO - SNMNP - Este sistema deveria ser aprimorado, permitindo a visualização e acompanhamento das Mesas Permanentes existentes.	Manutenção do indicador
DIRETRIZ 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.		
INDICADORES	CONSIDERAÇÕES	SUGESTÕES
63U- Proporção de plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde	Só avalia o envio do plano (de 4/4 anos). O indicador é restrito a um aspecto normativo do processo de planejamento do SUS. Avalia o envio do plano de saúde ao Conselho de Saúde de 4 em 4 anos.	Avaliar informações contidas nos sistemas SARGSUS, SIACS e SISPACTO. Proporção de cumprimento das obrigações, com meta de sempre alcançar 100%. Entende-se que de 4 em 4 anos serão 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. Método de Cálculo de 4/4 anos: $(A+B+C+D+E/5)*100$ e nos outros 3 anos:

		(C+D+E/3)*100
64U- Proporção dos conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs)	É uma obrigação legal, não tem maior significado quanto à qualidade do instrumento.	Esta avaliação quanto ao cadastramento dos conselhos, deveria continuar, mas transformado em um dos itens avaliados no indicador anterior. Ele, isoladamente seria excluído.
DIRETRIZ 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.		
INDICADORES	CONSIDERAÇÕES	SUGESTÕES
65E- Proporção de municípios com ouvidoria Implantada	A fonte de informação é o Sistema de Informação de Ouvidoria do SUS (SiouveSUS). O referido sistema não é disponibilizado aos estados e somente o Departamento Geral de Ouvidorias do SUS, Ministério da Saúde, possui acesso aos dados existentes. Durante o ano de 2013 foram realizadas diversas ações de apoio a implantação das ouvidorias destacando o apoio financeiro a municípios até 115.000 habitantes e a pactuação, na Comissão Intergestores Bipartite, dos critérios para o funcionamento dos serviços de ouvidoria (Deliberação CIB 2630/13). A partir desses marcos, a SES-RJ vem fazendo o acompanhamento e monitoramento da implantação dos serviços por meio de supervisão direta para verificação do cumprimento dos critérios pactuados em CIB. Essa ação permitiu a criação de uma metodologia própria que passou a ser utilizada como fonte de informação para esse indicador. Seria importante um sistema informatizado nacional para monitoramento e avaliação dos serviços de ouvidoria municipais e estaduais.	Este indicador precisaria se <u>desdobrar em dois</u> , para que fosse possível a avaliação da Ouvidoria estadual e a proporção de Ouvidorias implantadas por região e por estado.

66E- Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado	<p>A fonte de informação é o Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS) e permite saber sobre os componentes municipais existentes e/ou em funcionamento, mas não sobre o desempenho de suas atividades. Foi realizado um diagnóstico situacional sobre os serviços de auditorias municipais no estado do Rio de Janeiro este ano, a partir das respostas enviadas pelas Secretarias Municipais de Saúde. O consolidado permitiu apresentar os seguintes resultados: 35% dos municípios do Estado do Rio de Janeiro possuem serviço de auditoria, 59% realizam Relatório de Auditoria e apenas 11% utilizam o SISAUD. Seria necessário haver o acompanhamento do desempenho dos componentes municipais das auditorias em todo o estado, no entanto, a publicação dos referidos relatórios não é obrigatória.</p>	<p>Este indicador precisaria se <u>desdobrar em dois</u>, para que fosse possível a avaliação do componente estadual do SNA e a proporção de Auditorias implantadas por região e por estado.(componente municipal).</p>
67E- Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde	<p>Este indicador deveria ser em percentual de alimentação do BPS e não número absoluto de alimentação no BPS/ano.</p>	<p>Manutenção da avaliação de alimentação no BPS, mas usando proporção e não número absoluto</p>
<p>Nota: Tipo do indicador – U= indicador universal e E = indicador específico</p>		
Representantes do CES:	carina.teixeira@saude.rj.gov.br;	pedro.cascon@saude.rj.gov.br
Representantes do COSEMS:	aparecida.silva@cosemrj.org.br cosemrj@cosemrj.org.br	Presidente do COSEMS Secretária Municipal Conceição Rocha