

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ALINE GONÇALVES PEREIRA

Uma Proposta de instrumento para a gestão: Monitoramento e Avaliação do Desempenho das Equipes de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2020

ALINE GONÇALVES PEREIRA

Uma Proposta de instrumento para a gestão: Monitoramento e Avaliação do Desempenho das Equipes de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em saúde coletiva.

Orientador: Dr. Raphael Guimarães

Rio de Janeiro
2020

Ficha Catalográfica

Pereira, Aline Gonçalves.

Uma Proposta de instrumento para a gestão: monitoramento e avaliação do desempenho das equipes de saúde da família do município do Rio de Janeiro. / Aline Gonçalves Pereira. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco Assis, 2020.

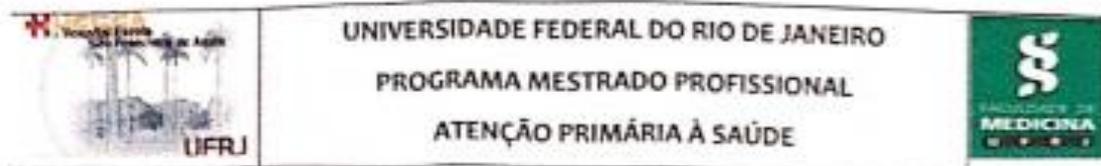
117 f.: il.; 31 cm.

Orientador: Raphael Guimarães.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2020.

Referências: f. 85-93.

1. Avaliação em Saúde. 2. Indicadores Básicos de Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Guimarães, Raphael. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. III. Título.



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA

Às 13:00 horas do dia 19 de Fevereiro de 2020 teve início a Defesa de Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração: **Atenção Primária à Saúde**, Linha de Pesquisa: **Evidência clínica, modelos de atenção e técnico assistenciais, qualidade em APS**. A dissertação intitulada: **“Avaliação e Monitoramento do Desempenho das Equipes de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro: uma proposta de instrumentos para a gestão.”**, foi apresentada pela(o) candidata(o) **Aline Gonçalves Pereira**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro nº **118012460 (SIGA)**. A Dissertação foi apresentada à banca de examinadores composta pelos Doutores: Raphael Mendonça Guimarães (CPF: 053.468.547-11), Viviane Gomes Parreira Dutra (CPF: 054.909.627-20) e Licelma Amanda Cavada Fehn (CPF: 007.644. 590-90), em sessão pública, na sala 01 do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis-HSFA/UFRJ, sito a Rua Afonso Cavalcante nº20 - Cidade Nova/RJ. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, a(o) candidata(o) foi arguida(o) oralmente e os membros da banca deliberaram, considerando o projeto (X) **APROVADO** () **NÃO APROVADO**. A banca emitiu ainda o seguinte parecer:

Após a apresentação e arguição da banca, a candidata foi considerada aprovada. As sugestões pontuais foram repassadas devidamente à candidata, que envolveu reordenar o texto para torná-lo mais claro e linear.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a): *Raphael*

1º Examinador(a): *Viviane Gomes Parreira Dutra*

2º Examinador(a): *Rudofelma*

Aluno(a)/Examinado(a): *Aline Gonçalves Pereira*

AGRADECIMENTOS

Agradeço o acesso ao ensino público de qualidade como fator essencial para o encerramento deste ciclo, pois sem o acesso à educação pública, possivelmente não teria condições de adentrar-me no mestrado.

À Barbara Cardoso, companheira que me trouxe luz no sorriso e olhos em meio a escuridão e angústia. E por todo apoio, incentivo e amor durante o percurso.

Às amigas Tais Rodrigues, Gláucia Bousch, Laís Pimenta e Mariza Gandolfi meus sinceros afetos pela parceria, incentivo e apoio. Sem a referência de mulheres inteligentes, capazes e fortes, talvez, a caminhada seria insustentável.

Aos meus pais Débora Gonçalves Pereira e Nilo Sérgio Pereira, pelo incentivo aos estudos, pelo exemplo dado aos filhos e pela resistência em querer transformar as próximas gerações, afinal, sou a primeira Mestre da família.

Às minhas ex-residentes Ana Cláudia Beer, Luma Guida e Iracema Lima, pela coragem em aceitar o desafio da residência, acolher-me como preceptora e pelo o que construímos: a confiança, o respeito e a amizade. Afinal, lidar com a Ruth e Raquel não deve ser tarefa fácil.

Ao meu orientador Raphael Guimarães pelo apoio afetivo durante todo o percurso do mestrado e pelas trocas de lentes.

À literatura poética que guiaram a minha escrita e no intenso sentimento que despejo nessa dissertação.

RESUMO

PEREIRA, Aline Gonçalves. uma proposta de instrumentos para a gestão: Avaliação e Monitoramento do Desempenho das Equipes de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro, 2020. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2020.

A Atenção Primária à Saúde (APS), é representada no Brasil pelos moldes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com foco na ampliação do acesso e a qualidade do cuidado prestado à população. No Município do Rio de Janeiro, em particular, a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde (RCAPS) foi impulsionada pelos resultados na melhoria da qualidade de vida das populações de diversas cidades do Brasil e do mundo que já utilizavam esse modelo de atenção à saúde. Diante do cenário constrangedor que o Município do Rio de Janeiro (MRJ) vivencia, com a diminuição orçamentária desde o ano de 2017, e conseqüentemente resultando na queda da cobertura de atenção primária em 8,4% que se sustentou por quatro anos com 70% de cobertura. Assim, faz-se emergente analisar os efeitos que o desinvestimento pode ter causado para a população carioca. Este estudo pretende elaborar um instrumento de apoio à gestão para o monitoramento e avaliação do desempenho das equipes de saúde da família da APS do Município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, transversal, com abordagem quantitativa, sobre o desempenho da APS no MRJ, utilizando-se um painel de indicadores. Os resultados obtidos através dos membros de especialistas, confirmaram que a maioria dos indicadores selecionados são medidas relevantes para o monitoramento e avaliação da APS, porém apresentam limitações relativa à qualidade, a sua disponibilidade e o preenchimento dos dados, pois o painel tem a característica de operador dependente. Além disso, o painel se ateve a abordar uma dimensão da avaliação, nomeadamente o processo, no qual, consideramos como uma vantagem, pois este componente é pouco explorado comparado às outras dimensões, como a estrutura e o resultado. Embora essas limitações sejam desafiadoras, ao mesmo tempo, tornam-se motivações para orientar pesquisas futuras.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Indicadores de serviço e Gestão em Saúde.

ABSTRACT

PEREIRA, Aline Gonçalves. A proposal of tool for the management: Assessment and Monitoring the Performance of the Family Health Teams in the Municipality of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2020. Masters dissertation – Faculty of Medicine and Institute of Health Care Francisco de Assis, Federal University of Rio de Janeiro, 2020.

The Primary Health Care (PHC) is represented in Brazil by the patterns of the Family Health Strategy (FHS) with a focus on expanding access to the quality of care provided to the population. However, the Municipality of Rio de Janeiro (MRJ) the Reform of Care in Primary Health Care (RPHC) was driven targeted by the results in improving the quality of life of the population of several cities in Brazil and in the world that where they have already used this model of health care. Before the compelling scenario that the Municipality of Rio de Janeiro experiences, with the decrease of the budget since 2017, and consequently resulting in the reduction of the coverage by 8.4%, which was sustained for 4 years with 70% of coverage, it is necessary to analyze the effects that the lack of investment may have caused to the population of Rio de Janeiro. This study aims at developing a tool to the management for monitoring and evaluating the performance of the family health teams in the Primary Health Care in the city of Rio de Janeiro. It is an assessment research, cross-section, with a quantitative approach, on the performance of PHC in the MRJ using a panel of indicators. The outcome obtained through the panel of experts confirmed that most of the selected indicators are relevant measures to the monitoring and evaluating of PHC, but presents limitations regarding the quality of the data, as for its availability and filling, as the panel has the feature of a dependent operator. Furthermore, the panel focused on the approach to a dimension of the assessment, the process. Besides, we consider it an advantage, because the process is little explored, to the detriment of the other dimensions, such as the structure and the outcome. Although these limitations are challenging, at the same time, they become motivation to guide a future research.

Keywords: Primary Health Care, Indicators of Health Services and Health Management.

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS - Sistema Único de Saúde

RS - Rio Grande do Sul

RJ - Rio de Janeiro

MRJ - Município do Rio de Janeiro

APS - Atenção Primária à Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

RCAPS - Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde

eSF- equipe de Saúde da Família

HAB – habitantes

SC – Santa Catarina

PRESF - Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade

RAS - Redes de Atenção à Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

NASF- AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NASF - Núcleo de Apoio de Saúde da Família

AP - Áreas de Planejamento

CF - Clínicas da Família

CAP - Coordenadorias Gerais de Atenção Primária

SAP - Superintendência de Atenção Primária

SUBPAV - Subsecretaria de Promoção de Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

DENU - Divisão de Estatísticas das Nações Unidas

OCDE - Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico

IBGE - Brasileiro de Geografia e Estatística

EUA - Estados Unidos da América

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MUNICs - Pesquisa de Informações Básicas Municipais

PNADs - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

MUNICs - Pesquisa de Informações Básicas Municipais

CD - Censos Demográficos

ADM - Apoio Multicritério à decisão

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

RIPSA - Rede Intergestora de Informação para a Saúde

USP - Universidade de São Paulo

IDB - Indicadores e Dados Básicos

PNI - Programa Nacional de Imunizações

IST - Informe de Situação e Tendências

ASIS - Análise de Situação de Saúde

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

IVC - Índice de validade de conteúdo

PPA - Plano Plurianual

SISPACTO - Pactuação Interfederativa de Indicadores

MCF - Medicina de Família e Comunidade

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poli e mais

NHS - National Health System

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

NAF - Núcleo de Apoio Farmacêutico

IDSUS - Índice de Desempenho do SUS

Proadess - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Série histórica dos indicadores sociais no Brasil..... | 28 |
| Figura 2 - Construção de um Sistema de Indicadores para programa social - Fonte: JANNUZZI, 2017..... | 30 |
| Figura 3 - Construção de um Painel de Indicadores para programa social – Fonte: Jannuzzi (2017)..... | 32 |
| Figura 4 - Decisões técnicas e políticas na construção do Índice social – Fonte: Jannuzzi (2017)..... | 35 |
| Figura 5 - Apresenta uma ilustração dessa classificação para uma Política Pública de Educação - Fonte: Brasil, 2018..... | 37 |
| Figura 6 - Modelo Teórico 1 – Unidade de Saúde no modelo de Estratégia de Saúde da Família - Fonte: Criado pela autora com base nos autores Donabedian, 1980; Tamaki et al, 2012. | 57 |
| Figura 7 - Modelo Teórico 2 – Unidade de Saúde no modelo de Centro Municipal de Saúde - Fonte: Criado pela autora com base nos autores Donabedian, 1980; Tamaki et al, 2012..... | 58 |
| Figura 8 Concordância, segundo o IVC, entre os membros do painel de especialista para a relevância dos indicadores (N=3). | 61 |
| Figura 9 - Concordância, segundo o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), entre os membros do painel de especialista para a relevância dos indicadores (N=3)61 | 61 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Caracterização de tipos de avaliação em saúde, Fonte: Champagne et al. (apud MICHAEL PATTON, 1986)..... | 25 |
| Tabela 2 - Metodologia para a construção do Sistema de Indicadores Sociais - Fonte: Jannuzzi, 2017. | 31 |
| Tabela 3 - Metodologia para a construção do Painel de Indicadores - Fonte: Jannuzzi, 2017. | 31 |
| Tabela 4 - Síntese com propriedades desejáveis dos indicadores sociais – Fonte: Jannuzzi (2017)..... | 33 |
| Tabela 5 - Exemplo de classificação por temática e subtema dos Indicadores Sociais – Fonte: Jannuzzi (2017)..... | 34 |
| Tabela 6 - Principais características do conjunto de pesquisa – Fonte: Jannuzzi (2017). | 39 |
| Tabela 7 - Indicadores Sintéticos: Vantagens e Desvantagens– Fonte: Jannuzzi (2017)..... | 40 |
| Tabela 8 - Painel do SUS por eixo temático – Fonte: BRASIL (2006 2008, 2009, 2013, 2014 e 2016). | 45 |
| Tabela 9 – Critério para seleção de indicador. | 60 |
| Tabela 10 – O IVC do Instrumento de Avaliação da APS, distribuído por indicadores de saúde, dimensão processo e número de especialistas que atribuíram os conceitos de ‘relevante’ ou ‘necessita de revisão para ser relevante’. | 65 |
| Tabela 11 - Painel de Monitoramento e Avaliação da APS, Fonte: criado pela autora com base nos instrumentos, do Painel de Desempenho da APS, Painel de Serviço de Vigilância em Saúde; Instrumentos de Contrato de Gestão do MRJ (2019); Plano Plurianual (PPA) (2020 – 2023) e Pactuação Interfederativa de Indicadores (SISPACTO) (2019 – 2020)..... | 67 |
| Tabela 12 – Ficha Técnica do Programa de Melhoria da Qualidade - PMAQ, 2017. | 75 |
| Tabela 13 – Proporção de tratamento completo para sífilis em gestantes, dados extraídos do..... | 76 |
| Tabela 14 - Proporção de tratamento completo para sífilis em gestantes, dados extraídos da Planilha Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF), no período de janeiro a junho de 2019. | 77 |

| | |
|---|----|
| Tabela 15 – Classificação para a construção de um indicador sintético. | 80 |
|---|----|

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 1.1. Justificativa..... | 20 |
| 1.2. Objetivo | 21 |
| 1.2.1. Objetivo geral..... | 21 |
| 1.2.2. Objetivos Específicos..... | 21 |
| 2. REFERENCIAIS TEÓRICOS..... | 22 |
| 2.1. A Avaliação e Monitoramento..... | 22 |
| 2.1.1. A Avaliação no universo da saúde..... | 23 |
| 2.2. Todos os caminhos: o contexto social..... | 25 |
| 2.2.1. Aproximando a lente do foco: Definição de indicador social..... | 28 |
| 2.2.2. Sistemas de Indicadores Sociais x Painel de Indicadores | 30 |
| 2.2.3. Propriedades desejáveis para os indicadores sociais..... | 32 |
| 2.2.4. Tipologia dos Indicadores Sociais..... | 34 |
| 2.2.5. Quanto ao fluxo de implementação de Políticas Públicas..... | 36 |
| 2.2.6. Quanto ao Desempenho | 37 |
| 2.2.7. As principais fontes de dados | 38 |
| 2.2.8. Indicador composto, sintético ou índice: vantagens e desvantagens..... | 40 |
| 2.3. Indicadores de saúde | 41 |
| 2.3.1. Painel de Indicadores no SUS | 44 |
| 3. METODOLOGIA..... | 47 |
| 3.1. Contexto e desenho | 47 |
| 3.2. Fontes de dados..... | 47 |
| 3.3. Seleção de indicadores | 47 |
| 3.3.1. Validade de critério | 48 |
| 3.3.2. Validade de face | 49 |
| 3.4. Análise de Dados | 50 |
| 3.4.1. Painel de Indicadores..... | 50 |
| 3.5. Considerações Éticas..... | 50 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 52 |
| 4.1. Validação do Modelo Teórico..... | 52 |
| 4.2. Critérios de Elegibilidade e Método de Amostragem..... | 53 |
| 4.3. Desenvolvimento do Modelo Teórico e os Resultados..... | 53 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.4. | Modelo Teórico do Painel e seu Conceito de Constructo..... | 55 |
| 4.4.1 | Tríade Donabedian | 55 |
| 4.5. | Definição dos indicadores do Painel e a sua relevância | 59 |
| 4.6. | Validade de conteúdo dos indicadores..... | 64 |
| 4.7. | Painel de Monitoramento e Avaliação da APS | 67 |
| 4.8. | Qualidade dos Indicadores de Saúde | 75 |
| 4.9. | Uma nova aposta: Indicadores Sintéticos na APS | 78 |
| 4.10. | Marco ordenador..... | 79 |
| 5. | CONCLUSÃO | 82 |
| | REFERÊNCIAS..... | 84 |
| | APÊNDICE A – seleção de indicadores de saúde/Google forms | 93 |
| | APÊNDICE B – Lista dos indicadores de saúde | 94 |

APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde me conduz e faz uma interlocução interna, desde o período acadêmico na graduação de enfermagem em Santa Catarina, tal, minha terra natal. Tanto, que me impulsionou a buscar por qualificação e formação em serviço no Sistema Único de Saúde (SUS), com a especialidade no módulo de residência multiprofissional, e ênfase em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição no Rio Grande do Sul (RS). Acredito que, foi a terra, os encontros, e as relações, que me fizeram imergir para um contexto ao qual desconhecia. Aprofundei-me nos princípios, nas políticas, nos atributos da APS. Porém, não imaginava a sua tamanha complexidade de organização e execução. Durante o meu período formativo, realizavam-se dois estágios optativos por ano, e foi onde tudo começou: entre o meu encontro, com a cidade do Rio de Janeiro (RJ). Pensar na possibilidade de experimentar a vida real de um gestor na expansão da APS, quais os desafios e potencialidades da transformação de um modelo de Atenção à Saúde para uma população de 6 milhões de habitantes, imaginei: deve ter muito trabalho a ser feito. É para lá que eu vou. Os dois contatos com a cidade do RJ, me fizeram perceber a gama de possibilidades para aprofundar meus conhecimentos e praticá-los, e ao mesmo tempo, poder retornar ao SUS todo o investimento que me foi dado durante o período de residência.

Passados dois anos em Porto Alegre/RS, o MRJ me convida a desbravar o cotidiano dos morros e ruelas da Penha, com o desafio de ser enfermeira de uma equipe de Saúde da Família (eSF). Após dez meses de experiência como enfermeira de equipe assumi a responsabilidade em ser Gerência Técnica de 13 (treze) eSF, em um território de abrangência com 51.000 mil pessoas. Atenha-se a esse detalhe numérico: 51.000 mil habitantes (hab). De onde venho, Laguna/Santa Catarina (SC), possui um território de 40.000 mil hab. Quando fazia esse comparativo, "me saltava os olhos" a tamanha responsabilidade nesse território onde a vida acontece. Mas é nesse encontro da gerência que percebo a necessidade do Planejamento e do Monitoramento e Avaliação. Como gerir com um bom planejamento? Como executar ações e monitorar e avaliar? Como realizar a melhor análise dos indicadores de saúde e processo de feedback?

No transcorrer do tempo, faço a passagem para a função de preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade

(PRESF), aprofundando-me no ensino em serviço e a aprofundando ainda mais as reflexões ao longo do tempo. Atualmente, sou Assessora de Apoio Técnico para a Assessoria Especial de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do MRJ. É nesse parágrafo alinhavado a tantas outras trajetórias já citadas (e outras não), que chegamos ao cerne e a motivação desta pesquisa: o desafio de criar um instrumento de gestão para o monitoramento e avaliação da APS do MRJ.

1. INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, propôs a Atenção Primária à Saúde¹ como a opção prioritária em busca de operacionalizar os serviços de saúde, independente do modelo de sistema ora adotado. Em seu 40º aniversário, a APS que no Brasil se apresenta nos moldes da ESF apresenta-se como a principal forma de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). No entanto, a Rede de Atenção à Saúde é um sistema complexo, sendo grandes os desafios à execução dos seus serviços e sua gestão.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente (CONASS, 2015, p. 23).

A criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2006, foi apoiado pelos princípios transversais da universalidade, integralidade e equidade. Eixos estruturantes da legislação que contextualiza a descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS. O surgimento dessa nova política institucionaliza as responsabilidades de cada esfera de governo e especifica suas competências, quais são: tratar da infraestrutura e dos recursos quanto aos itens para a realização das ações na atenção básica; traz o processo de trabalho das equipes de saúde da família de atenção básica e específica as características básicas do processo de trabalho e por fim, os princípios gerais da estratégia de saúde da família. A construção da nova política tornou-se uma marca reconhecida como um elemento importante a dar corpo para a maturidade da Atenção Básica em Saúde, no Brasil. É mais um passo que foi dado para qualificar a ESF como o modelo orientador e coordenador das RAS no SUS (PNAB, 2006).

A revisão da PNAB, publicada em 2011, ratificou o texto da política anterior. E ainda, incorporou algumas inovações experimentadas no período entre um e outro textos, como a criação de incentivos para o trabalho em municípios com dificuldade de atração ou retenção de médicos e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como meio de fortalecer a ESF (PNAB, 2011). Em 2017, foi publicada

¹ Nesta pesquisa utilizou-se os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica” como sinônimos (MELLO et al, 2009).

uma nova PNAB, com mudanças importantes ao modelo vigente e que vem recebendo críticas de profissionais, gestores e especialistas na área. Podemos citar como uma das descontinuidades da nova política, a nomenclatura do Nasf passa a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), evidenciando a supressão a noção de 'apoio' e retirar a possibilidade de ESF em ter médicos com carga horária de 20 horas e 30 horas, ficando apenas 40 horas para todos os profissionais (MELO et al, 2018). Desta forma, é relevante caracterizar o cenário atual, a fim de avaliar o impacto do novo formato da Política para os próximos anos.

O RJ possui uma trajetória peculiar na consolidação e expansão da ESF, especialmente nos últimos 10 anos. É preciso, portanto, estabelecer qual é a atual situação de saúde do MRJ e, a partir dela, monitorar continuamente as ações da atenção primária, a fim de qualificá-la e compreender a repercussão das mudanças no cenário político.

Desde 1993, a SMS organiza a divisão da cidade em dez (10) distritos sanitários chamados Áreas de Planejamento (AP) e, recentemente, a reforma da APS na cidade foi representada pelas Clínicas da Família (CF). Estas unidades de atenção primária estão geograficamente delimitadas na região da zona sul, norte e oeste, totalizando em 10 (dez) AP: 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3. Estes territórios estão sob a gestão e responsabilidade sanitária de Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP) (PORTAL DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2019).

No MRJ, em particular, a RCAPS foi impulsionada pelos resultados na melhoria da qualidade de vida das populações de diversas cidades do Brasil e do mundo que já utilizavam esse modelo de atenção à saúde. Este modelo já era contemplado na PNAB, lançada em 2006 e permaneceu na nova PNAB em 2017. A este respeito, é importante destacar que a APS do RJ apresentou, na última década, grande expansão em número de unidades e equipes de saúde da família, representando um enorme avanço para a saúde da cidade, constatado em muitos estudos já publicados (HARZHEIM et al, 2013; JESUS et al, 2015; SIMÕES et al, 2016; SORANZ et al, 2016; MELO et al, 2019). Até o ano de 2008 o município do RJ obtinha um diagnóstico de baixa capacidade na ampliação e oferta dos serviços da atenção básica e com uma

cobertura de saúde da família de 3,5% (SORANZ et al., 2016). A cobertura mais baixa ao compararmos entre outras capitais brasileiras e regiões do Brasil (POÇAS, 2017).

A partir do ano de 2009, período em que o percentual de cobertura era de 7% de cobertura da ESF, iniciou-se uma mudança na gestão da saúde pública e foi dada maior ênfase para a atenção primária no município, a fim de ampliar o acesso, especialmente às populações mais vulneráveis e aumento da sua capacidade de resolução frente aos agravos sensíveis à APS (HARZHEIM et al., 2013). Esta reforma permitiu a expansão da cobertura de ESF de 3,5% em 2008 para 70% de cobertura em 2016 (SORANZ et al., 2016).

Contudo, desde o ano de 2017, a cidade do Rio de Janeiro depara-se com um cenário inóspito, que favorece a diminuição no investimento de recursos financeiros públicos na atenção primária e conseqüentemente, a desativação de equipes de ESF de todo o território do município (ÁVILA, 2018). Os gestores têm utilizado como justificativa a crise financeira e expansão da APS de forma acelerada no MRJ (MELO et al, 2019). Hoje, já se consegue sentir o declínio na cobertura da atenção primária, apresentando-se neste momento, com 51,26%, dado extraído e atualizado em novembro de 2019 (BASE DE DADOS E-GESTOR, 2019).

Nos anos anteriores, identificou-se no município um panorama de vários painéis, definidos por várias instâncias, com fontes e métodos de cálculo diversos, sendo utilizados com diferentes finalidades, comprometendo a validade e confiabilidade dos dados e, por conseguinte, gerando uma segregação na análise de situação de saúde do município como um todo. Até o ano de 2018, havia cerca de 385 indicadores sendo utilizados de forma distinta entre as diversas áreas do município. Diante desse cenário, o primeiro movimento da Superintendência de Atenção Primária (SAP) foi coordenar um processo de seleção de indicadores, envolvendo as Gerências de Áreas Técnicas, CAP, gestores locais das unidades de APS e responsáveis técnicos médicos e enfermeiros, com o objetivo de definir um painel de indicadores conciso, abrangente, com dados de fácil extração, preferencialmente automatizada, que possuísem elementos comuns a painéis utilizados em outros pactos de gestão e que pudessem indicar os principais desafios e oportunidades de melhoria.

Durante o processo de construção do painel, foram encontrados alguns desafios, como a ausência do método de escolha dos indicadores para o acompanhamento das condições de saúde e a concepção de avaliação de qualidade proposto pelo autor

Nesta pesquisa utilizou-se os termos "Atenção Primária à Saúde" e "Atenção Básica" como sinônimos (MELLO et al, 2009).

Donabedian (1988), cujo componentes básicos que sustentam a tríade são: Estrutura, Processo e Resultado. Além da ausência de estimativa de confiabilidade e factibilidade do painel pelo usuário do sistema, e disponibilidade/periodicidade das fontes de dados. Este diagnóstico tornou claro a necessidade de realizar um trabalho mais complexo para a elaboração de uma linha de base diagnóstica que permita o acompanhamento do município, monitorando os indicadores elencados a partir de um estudo maior de seleção e validação de um painel de indicadores. Tal, servirá como base para sustentar a avaliação na gestão municipal do RJ.

1.1. Justificativa

Frente a este panorama que a cidade obteve quanto ao ganho da expansão de ESF, observa-se a necessidade de avaliar a performance das unidades de saúde da atenção primária no que tange aos cuidados prestados à população.

A Subsecretaria de Promoção de Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV) e a SAP desenvolveram um Painel de Indicadores da Atenção Primária, a fim de subsidiar uma avaliação e tomada de decisão operada pelo monitoramento ágil de um elenco de indicadores. Desta forma, pretendendo informar o andamento das atividades e ações conduzidas pela oferta de serviços através da APS do MRJ e seus efeitos na população carioca.

Dentre as vantagens desta uniformização em um Painel de Indicadores estão: a facilidade de consolidação de dados sobre todo o município; a possibilidade de parametrização e comparação de processos e resultados de ações em diversos níveis de trabalho, da equipe de atenção primária até as Áreas de Planejamento da cidade, possibilitando troca de saberes e experiências; a inclusão de aferições relacionadas a diferentes modelos de organização da APS, incluindo ESF e modelo tradicional; a possibilidade de detecção e resolução de problemas relacionados à extração, aferição e consolidação dos dados; uma vez que, podem ser consolidados, apurados e devolvidos para as AP, gestores locais e equipes de saúde da família. Contudo, definir quais indicadores devem constituir um Painel de Indicadores é uma tarefa arduamente complexa (TAMAKI, 2012; JANNUZZI, 2017). Desta forma, considera-se estratégico que este mapeamento seja oportunamente realizado neste momento.

Nesta pesquisa utilizou-se os termos "Atenção Primária à Saúde" e "Atenção Básica" como sinônimos (MELLO et al, 2009).

A proposta em tela possui caráter inovador, visto que, não há estudos de validação deste painel, bem como, evidencia-se a partir dos desafios supracitados a necessidade de aprimorar o desenvolvimento da metodologia de construção do painel.

Acredita-se que, a partir da formação da linha de base do painel de indicadores, será possível gerar informações atualizadas e oportunas, desagregadas por AP do município, úteis no monitoramento, vigilância e avaliação.

Esta qualificação sobre a análise de situação de saúde só é possível através do monitoramento sistemático e contínuo de indicadores. Será possível propor indicadores compostos acurados, que reflitam não só a situação de saúde dos territórios, mas igualmente as condições de vida e a determinação social dos processos saúde-doença do município. São considerados temas relevantes para a realização de boletins: mortalidade por grupo de causas, mortalidade em diferentes ciclos da vida, indicadores de saúde, avaliação do impacto da Estratégia Saúde da Família, qualidade dos dados dos sistemas de informação, condições sensíveis à atenção primária e tendência da desigualdade social nos indicadores de saúde.

Desta forma, a proposição de inquéritos, a partir do estabelecimento dos indicadores em painel que servirão de linha de base da situação de saúde do município, objetivam divulgar e ressaltar a possibilidade e relevância da incorporação de novos indicadores para a vigilância da situação de saúde da população e de segmentos demográficos e sociais do município.

1.2. Objetivo

1.2.1. Objetivo geral

Elaborar um instrumento de apoio à gestão para o monitoramento e avaliação do desempenho das equipes de APS do MRJ.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Validar os critérios de avaliação da APS a partir de variáveis de saúde para o município do Rio de Janeiro;
- Construir um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da APS do Município do Rio de Janeiro.

2. REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1. A Avaliação e Monitoramento

A história da avaliação é muito antiga e tem-se sua parição emergido do campo social. Há quatro mil anos, os chineses já utilizavam métodos avaliativos formais para recrutar seus “funcionários públicos” segundo Dubois et al. (apud GUBA; LINCOLN, 1981; WORTMAN, 1983; BOWMAN, 1989).

A história moderna da avaliação no Ocidente começa no século XVIII, na Grã-Bretanha e na França. No processo de modernização das sociedades ocidentais, as novas correntes ideológicas e filosóficas que então emergem servirão de arrimo ao pensamento científico moderno e acarretarão a multiplicação e o refinamento dos métodos de pesquisa social, permitindo assim a implementação de transformações sociais, políticas, culturais e econômicas (DUBOIS et al., 2011, p.19).

A construção da avaliação com o passar do tempo, foi ganhando mais fundamento e incorporando novos métodos, tornando-a mais acurada e completa. Dentro da história há quatro “gerações” (GUBA; LINCOLN, 2011):

- a **primeira geração** que compreende o período do reformismo (1800-1900) e eficiência e testagem (1900-1930), tendo como principal característica a **medida**;
- a **segunda geração** está ligada ao período da idade da inocência (1930-1960), como a principal característica cita-se **descrição**;
- a **terceira geração**, divide-se entre o período da expansão (1960-1973) e o período da profissionalização e institucionalização (1973-1990), no qual, atribui-se como principal característica o **juízo**;
- a **quarta geração**, considera o período das dúvidas (1990 até os dias atuais), possuindo como principal característica a **negociação**.

Está última geração, considera-se a mais bem fundamentada se compararmos as gerações anteriores. E sabemos também que, com o passar do tempo as avaliações exigiram novas reformulações e aprimoramento, fazendo-se assim, um processo contínuo às novas adaptações, refinamento e por fim, a substituição contínua entre uma geração e outra.

A visão global dos diferentes períodos da história da avaliação mostra que suas abordagens e seus métodos nunca pararam de evoluir. Mas possibilita também constatar a persistência de certo número de características. Mais exatamente, o que se depreende desde breve histórico é a contribuição que

a avaliação pode dar para medir, controlar, administrar, prever, definir prioridades, escolher entre diferentes programas e classificar indivíduos, segundo Dubois et al. (apud HABERMAS, 1972, 1984, 1987, p. 35).

Portanto, a avaliação contemporânea (quarta geração) organiza os esforços de outras gerações durante mais de dois séculos, permitindo desenvolver novas abordagens, métodos e técnicas, com intuito de estimar intervenções e os programas sociais. Além disso, deu-se ênfase para a avaliação participativa, induzindo não somente, uma prática a avaliativa e técnica, mas também, como dispositivo emancipatório para todos os atores envolvidos no processo. Por fim, a cada nova geração a avaliação emerge novos questionamentos e não necessariamente apresenta novas respostas satisfatórias, porém, impulsiona a busca de novas pesquisas no campo (DUBOIS et al., 2011).

2.1.1. A Avaliação no universo da saúde

No universo da saúde a avaliação surge a partir do tensionamento do governo em controlar o envelhecimento da população e a crise das finanças públicas, a fim de continuar no controle dos custos que só aumentavam. Mas em contrapartida, mesmo deparando-se com um cenário pouco favorável investia-se esforços, para que, os seus recursos fossem o mais eficiente possível, mesmo pouco afortunado para garantir o acesso equitativo associado a prestação dos serviços com qualidade, segundo Champagne et al. (apud SALTMAN; FIGUEIRAS, 1997; CONTANDRIOPOULOS et al., 2000a).

A avaliação é um importante instrumento de gestão em saúde. Possibilita a identificação de aspectos débeis e a indicação de medidas para correção de rumos e alcance de metas. No Brasil, as atividades avaliativas no âmbito da atenção básica em saúde geralmente são pontuais (MARTINS et al, 2016, p. 2).

As autoras Champagne et al. (2011), nos chamam atenção para avaliação no setor público, onde o mesmo, apresenta-se em lógicas contraditórias, e agindo em níveis diferentes:

- **Nível macro:** pelos princípios organizadores do sistema.
- **Nível meso:** as modalidades de organização da oferta do cuidado.
- **Nível micro:** as decisões clínicas.

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo

contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades (LACERDA; TRAEBERT, p. 111).

É por isso que, a avaliação goza de um prestígio imenso e sua institucionalização se acelera (HARTZ 1999).

Diante disso, a avaliação no campo da saúde reflete um cenário bastante complexo e controverso, onde encontramos modelos conceituais, abordagens e metodologias diferentes (Champagne et al, 2011). Os autores Lacerda e Traebert (2006, p. 107), apontam que, das várias abordagens existentes, o modelo mais utilizado no campo da saúde é o de Donabedian (1980):

[..] de estruturação sistêmica, que estabelece a tríade “estrutura-processo-resultado” [...] A avaliação de estrutura tem semelhanças com alocação de insumos e geração de produtos intermediários; a avaliação de processo com obtenção de produtos finais; e a avaliação de impacto com a produção de resultados.

Nesse contexto, sintetiza-se na *Tabela 1*. uma visão global dos principais autores da literatura especializada, pois não há uma única definição sobre a avaliação e não é à toa que, a evolução no cursar do tempo, é timbrado pela ausência de uma uniformização terminológica e por possuir uma diversidade de conceitos, chegando a 132 deles, conforme ressaltam as autoras Champagne et al. (apud MICHAEL PATTON, 1986).

Tabela 1 - Caracterização de tipos de avaliação em saúde, Fonte: Champagne et al. (apud MICHAEL PATTON, 1986).

| AUTOR | ANO | CONCEITO |
|----------------------------------|----------------------------|---|
| Suchman | 1967 | A determinação (baseada em opiniões documentos, dados objetivos ou subjetivos) dos resultados obtidos por uma atividade que fora estabelecida para realizar um objetivo ou quaisquer objetivos. |
| Arnold | 1971 | A retroação planejada e sistemática de informações necessárias para guiar a ação futura. |
| Weis | 1972a, 1972b, 1972c, 1998a | A avaliação é a apreciação sistemática do funcionamento e (ou) dos resultados de um programa ou de uma política em função de critérios explícitos ou implícitos, de modo a contribuir para a melhoria do programa ou da política. |
| Beedy | 1977 | A avaliação é a coleta e a interpretação sistemáticas de provas (dos dados convicentes) que leva, de modo inerente ao processo, a um julgamento sobre o valor de um programa em uma perspectiva de ação. |
| Sociedade Canadense de Avaliação | 1985 | A avaliação é a análise de uma ação fundamentada, visando a certos objetivos, em termos de pertinência implantação e resultados. |
| Scriven | 1991 | Processo de determinação do valor das coisas e se faz em função das necessidades interiorizadas. |
| Patton | 1997:23 | A avaliação dos programas consiste na coleta sistemática de informação sobre as atividades, as características e os resultados desses programas a fim de emitir julgamentos sobre eles, melhorar sua eficácia e esclarecer as decisões relacionadas a novos programas. |
| Rossi, Freeman e Lipsey | 2004 ^a e 2004b | Define avaliação como uma atividade que consiste em “utilizar os métodos de pesquisa das ciências sociais para analisar sistematicamente a eficácia dos programas de intervenção social de um modo adaptado ao seu ambiente político e organizacional, e de maneira a iluminar a ação social tendo em vista a melhoria das condições sociais. |

2.2. Todos os caminhos: o contexto social

O fim da Segunda Guerra Mundial e o grande acúmulo capitalista, são dois marcos que se somam e referem-se à estruturação do Estado de Bem-Estar Social. Dá ênfase no planejamento do setor público, tornando-se um marco conceitual importante para a construção dos Indicadores Sociais no mundo (JANNUZZI, 2017). Para tanto, o tópico do *Contexto Social* está dividido em duas seções: 1960 e 1970 para facilitar a construção de ideia e contextualização do marco.

Os indicadores sociais passaram a integrar com maior relevância o meio científico, especialmente nas agências e divisões públicas nacionais a partir do século XX em 1960, ganhando maior fôlego num espaço mais sistematizado para o

acompanhamento das transformações sociais e mensuração do impacto das políticas sociais nas sociedades desenvolvidas e subdesenvolvidas, elegendo um conjunto de informações sobre a realidade social, no qual, considera as diferentes dimensões, como: a demografia, padrão de vida e distribuição de renda, mobilidade educacional e mobilidade ocupacional (JANNUZZI, 2017; IBGE, 2017).

Em meados de 1960 caracterizado como o ano “dourados do capitalismo” distendem-se evidências entre o crescimento econômico e a melhoria das condições sociais da população, especialmente em países subdesenvolvidos (JANNUZZI, 2017).

O PIB (Produto Interno Bruto) é um indicador que podemos utilizar como exemplo, o mesmo, já foi considerado um indicador de desenvolvimento socioeconômico na década de 60, porém o crescimento econômico não era necessariamente uma condição razoável para garantir o desenvolvimento social. Posteriormente, evidenciou-se que o PIB obtinha limitações e uma medida com representatividade distante para a avaliação das condições de vida, desenvolvimento social e dinâmica demográfica da população (JANNUZZI, 2017). Em síntese, estudos demonstraram que quando o PIB indicasse aumento, era possível identificar que os altos níveis de pobreza persistiam, conseqüentemente agravando ainda mais as desigualdades sociais, e também, constatando-o como uma medida frágil para a representatividade de bem-estar social (SANTAGADA, 2007).

O cenário em tela, no qual expõem os limites dos indicadores econômicos, desde o fim da década de 60, traz uma onda de movimentos das Instituições multilaterais como, a Divisão de Estatísticas das Nações Unidas (DENU), a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), e as diversas outras agências do Sistema das Nações Unidas, no qual, despenderam esforços para o desenvolvimento de métodos e instrumentos para que pudessem mensurar o bem-estar e as mudanças sociais da população. Em virtude disso, publicou-se dois livros sob encomenda do governo americano: *Social indicators (1967)*, de Bauer, e *Toward a social report (1966)*. As publicações são veiculadas a temas estratégicos e que necessitam de produção e informações sociais para o seu monitoramento (IBGE, 2017). Ambos representaram marcos essenciais no processo celebrado como, o “Movimento de Indicadores Sociais” e conseqüentemente, induziu a incorporação de novas dimensões investigativas e na produção de relatórios sociais sistemáticos (BAUER, 1967).

Ao alumiarm o ano de 1970, assomam com a organização de relatórios publicados regularmente nos anos seguintes, como podemos citar alguns dos principais: *Social Trends* na Inglaterra, o *Données Sociales* na França, *Gesellschaftliche Daten*, na Alemanha, o *Social Indicator* nos Estados Unidos da América (EUA), como cita o autor Santagada (2007).

Já o Brasil, seguiu-se inspirado rítmico igualmente a outros países pelo o mundo a fora, isto é, no ano de 1973, foi criado no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), um grupo de trabalho multidisciplinar, com o objetivo de estruturar um sistema de indicadores sociais que pudesse orientar a produção de pesquisas e publicações no campo. Em 1979, o grupo lançou o seu primeiro produto, cujo nome da obra foi intitulado de: *Indicadores Sociais: relatório 1979*. O relatório continha uma ordenação de 450 páginas de análises, tabelas e constituído de oito temas: população e famílias, divisão do trabalho, educação e saúde, mobilidade ocupacional, distribuição de renda, despesa familiar e habitação (JANUZZI, 2017). Ressalta-se que, até 1998 o relatório teve periodicidade irregular de publicação, diferenciando-se da periodicidade do relatório a *Síntese de Indicadores Sociais*, que se publicava anualmente (JANUZZI, 2017).

Paralelamente a isso, acreditava-se que, os governos nacionais utilizassem os sistemas de indicadores sociais, já que, eram organizados e abrangente para aprimorar o planejamento público, o acompanhamento das ações, avaliação de políticas sociais, assim, podendo organizar melhor as suas riquezas geradas, na superação das iniquidades do desenvolvimento econômico acelerado. Logo após amplia-se a luneta para o próprio tensionamento da sociedade civil, com a necessidade de maior transparência frente aos recursos públicos empregados à projetos (SOLIGO, 2012).

O cenário de 1970 reflete com transformações significativas, alternando em sucessos, insucessos e excesso de planejamento. Tal, dinamismo ficou marcado pelo descrédito na utilidade do planejamento público, por se depararem às expectativas acima da realidade. Assim, criando-se uma onda do ceticismo frente ao planejamento governamental e questionando-se sobre as atividades planejada e a própria utilidade dos Sistemas de Indicadores Sociais. Entretanto, no cenário brasileiro, teve pouca durabilidade dessa onda (JANUZZI, 2017).

No Brasil, a inserção dos indicadores sociais é mais recente como instrumento de planejamento, pois o sistema de indicadores sociais só foi criado em 1975 (SANTAGADA, 2007).

A partir disso, o Brasil, foi impulsionado a institucionalizar o Sistema de Proteção Social preconizado pela Constituição Federal de 1988, reforçando a pertinência dos indicadores sociais no uso pelos municípios e estados, contribuindo para a formulação de políticas públicas no campo social, estudos do diagnóstico socioeconômico, avaliação de resultados e efeitos dos programas e projetos sociais, no intuito de superação das análises estritamente econômicas (JANUZZI, 2017; SOLIGO, 2012).

Por fim, ilustra-se na Figura 1 o desenvolvimento dos indicadores sociais no Brasil descrito em série histórica pelo IBGE (2018):

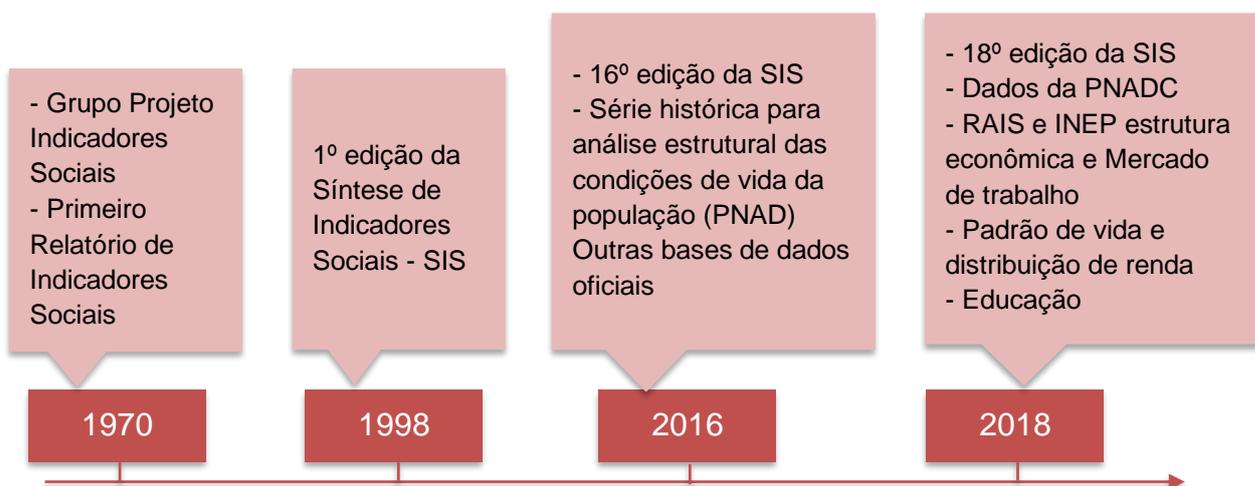


Figura 1 – Série histórica dos indicadores sociais no Brasil.

2.2.1. Aproximando a lente do foco: Definição de indicador social

O indicador é um retrato momentâneo que intencionalmente procura explicar um fenômeno, considerando a sua variabilidade do tempo e do espaço, que cada imagem analisada representa. Desta forma, para que possamos compreender e nos aproximarmos do conceito de indicador social, necessitaremos trocar nossas lentes e mudar o foco (SOLIGO, 2012). Aproximarmos com maior profundidade do seu significado, levando em consideração: o tempo de exposição da imagem retratada, o ângulo ao redor, examinar as formas, as tonalidades e o contraste da relação, que

pode constituir o cenário de um indivíduo, de uma família ou sociedade, portanto, podendo avaliar e aproximar-se de uma realidade social (SOLIGO, 2012).

Para Jannuzzi (2017, p. 21), o indicador social:

[..] é uma medida, em geral, quantitativa, dotada de significado social substantivo, e é usado para aproximar, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas); ele aponta, traduz em termos operacionais as dimensões sociais de interesse definidas com base em escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente. Trata-se de um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou a respeito de mudanças que nela estão se processando.

O autor Soligo (2012, p. 17), nos convida a dar atenção para dois pontos importantes na construção do indicador social, no qual ele descreve:

À medida que os conceitos se modificam, tanto no espaço quanto no tempo, os indicadores utilizados para qualificar esses conceitos também se modificam. Assim, ao se construir um indicador, dois pontos emergem como fundamentais. O primeiro é a escolha de qual aspecto da realidade será tratado. O segundo é definir qual o conceito abstrato que será utilizado para explicação do fenômeno estudado.

De modo geral, a construção de um indicador é complexa, onde possui seus relevos e sempre está disposto a novas formas, não fazendo-se de um processo linear e sem modificações ao longo do tempo. Por muitas vezes, a dificuldade de construir um indicador é por não conseguir identificar com clareza o conceito em questão. Ou, define primeiramente a medida para depois inferir o conceito indicado, no que seria uma deturpação da boa prática metodológica. Portanto, ele perpassa por caminhos contínuos, onde há erros e novas propostas de medidas são apostadas para torná-lo mais delimitado e específico aproximando-se cada vez mais do conceito. Em outras palavras, poderíamos fazer uma analogia com um espiral: roda-se mais nunca se chega ao fim. (JANNUZZI, 2002).

Assim, faz-se por necessário elencarmos características para a construção de um indicador social, que são atributos essenciais, conforme cita autor, Jannuzzi (2017):

- Referência conceitual, normativa e descritiva;
- Unidade de medida (pessoas, anos, % etc);
- Unidade de análise (pessoa, domicílio, município, região etc);
- Referência de tempo ou período (mês/ano etc);
- Referência de território (município, região, país etc);
- Fonte de dados e instituições responsável (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) /IBGE, etc);
- Método de cálculo (fórmula de cômputo e detalhes técnicos);

- Usos, significados e limitações na interpretação da realidade social.

2.2.2. Sistemas de Indicadores Sociais x Painel de Indicadores

Entende-se por Sistema de Indicadores Sociais (Figura 2) um conjunto de indicadores sociais que se refere a uma determinada realidade social ou a uma área de intervenção programática, que possui múltiplas dimensões para caracterizar um fenômeno social. Podemos citar como exemplo de sistemas de indicadores, o Sistema de Indicadores Sociais do IBGE, o Sistema de Indicadores de Saúde e o Sistema de Indicadores para mercado de trabalho. Já no âmbito nacional encontramos como exemplo, o Sistema de Indicadores de Bem-Estar Social da OCDE e o Sistema de Indicadores Sociais e Demográficos da Divisão de Estatísticas das Nações Unidas (JANNUZZI, 2017).

A escolha de indicadores sociais para uso no processo de formulação e avaliação de políticas públicas deve ser pautada pela aderência deles a um conjunto de propriedades desejáveis e pela lógica estruturante da aplicação, que definirá a tipologia de indicadores mais adequada (JANNUZZI, 2001, p. 139).

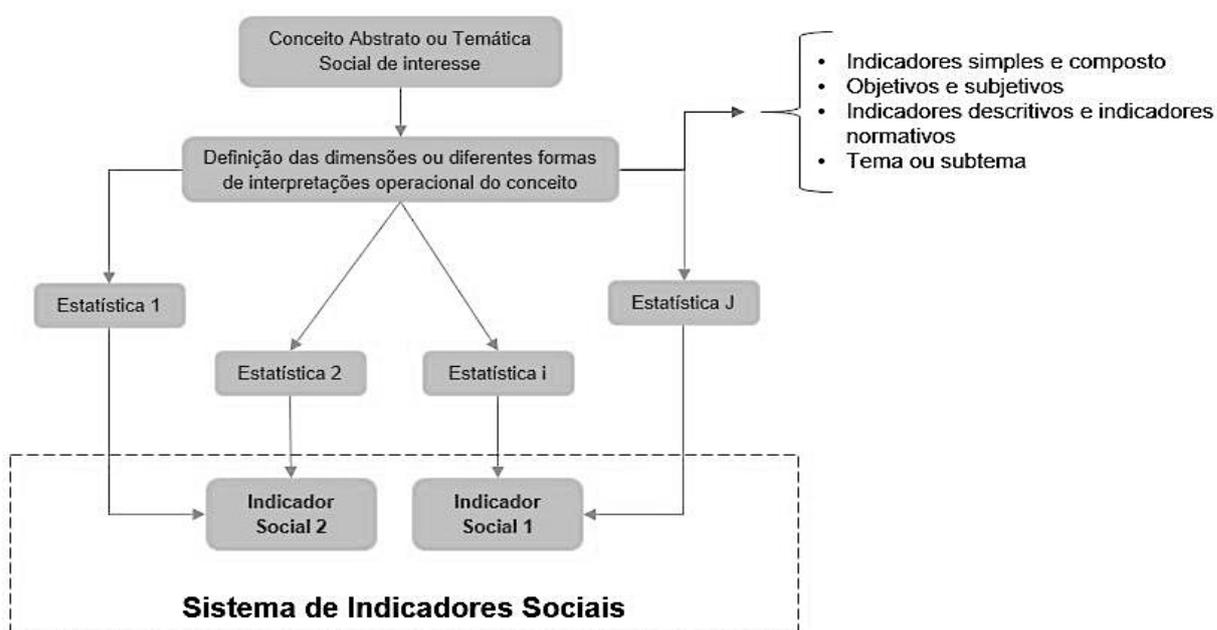


Figura 2 - Construção de um Sistema de Indicadores para programa social - Fonte: JANNUZZI, 2017.

Na

Tabela 2 demonstra-se os quatro passos metodológicos para a construção de um sistema de indicadores sociais.

Tabela 2 - Metodologia para a construção do Sistema de Indicadores Sociais - Fonte: Jannuzzi, 2017.

| ETAPA | MÉTODO |
|-------|--|
| 1 | Definição operacional do conceito abstrato ou temática a que se refere o sistema em questão, elaborada com base no interesse analítico referido; |
| 2 | Especificação das suas dimensões, das diferentes formas de interpretá-lo ou abordá-lo, tornando-o um objeto específico, claro e passível de ser “indicado” de maneira quantitativa; |
| 3 | Obtenção das estatísticas públicas provenientes de censos demográficos, pesquisas amostrais, cadastros públicos; |
| 4 | Por fim, pela combinação orientada das estatísticas disponíveis, computam-se os indicadores, compondo-se um Sistema de Indicadores Sociais, que traduz, em termos mais tangíveis, o conceito abstrato inicialmente idealizado. |

Já o painel, são conjuntos de indicadores mais restritos e seguido de uma lógica de intervenção, ou seja, busca-se desdobrar os objetivos elencados a partir de ações pré-definidas, que podem estar vinculados às políticas ou programas. Uma das vantagens do painel é que, um conjunto de indicadores é menos exaustivo, possui menos redundância e ambiguidade nas tendências apontadas pelas medidas, evitando-se interpretações distintas sob o mesmo significado em questão (JANNUZZI, 2017).

Na Tabela 3 e na Figura 3 demonstra-se os quatros passos metodológicos para a construção de um painel de indicadores.

Tabela 3 - Metodologia para a construção do Painel de Indicadores - Fonte: Jannuzzi, 2017.

| ETAPA | MÉTODO |
|-------|---|
| 1 | Inicia-se com a explicação da demanda de interesse programático, que pode ser a proposição de um programa para ampliação do atendimento à saúde, a redução do déficit habitacional, o aprimoramento do desempenho escolar, combate à fome e pobreza ou a melhoria das condições de vida de uma comunidade; |
| 2 | Busca-se, então, identificar as atividades e as ações operacionais para possibilitar o cumprimento dos objetivos do programa; |
| 3 | O acompanhamento dessas ações, em termos da eficiência no uso dos recursos, da eficácia no cumprimento de metas e da efetividade dos seus desdobramentos sociais mais abrangentes e perenes, busca-se dados administrativos, produzidas pelo IBGE ou outras instituições, por exemplo; |
| 4 | Esses dados reorganizados na forma de taxas, proporções, índices ou mesmo em valores absolutos, transformam-se em indicadores da política ou programa social. Os indicadores guardam, pois, relação direta com o objetivo programático original, na forma operacionalizada pelas ações e viabilizada pelos dados administrativos e pelas estatísticas públicas disponíveis. |

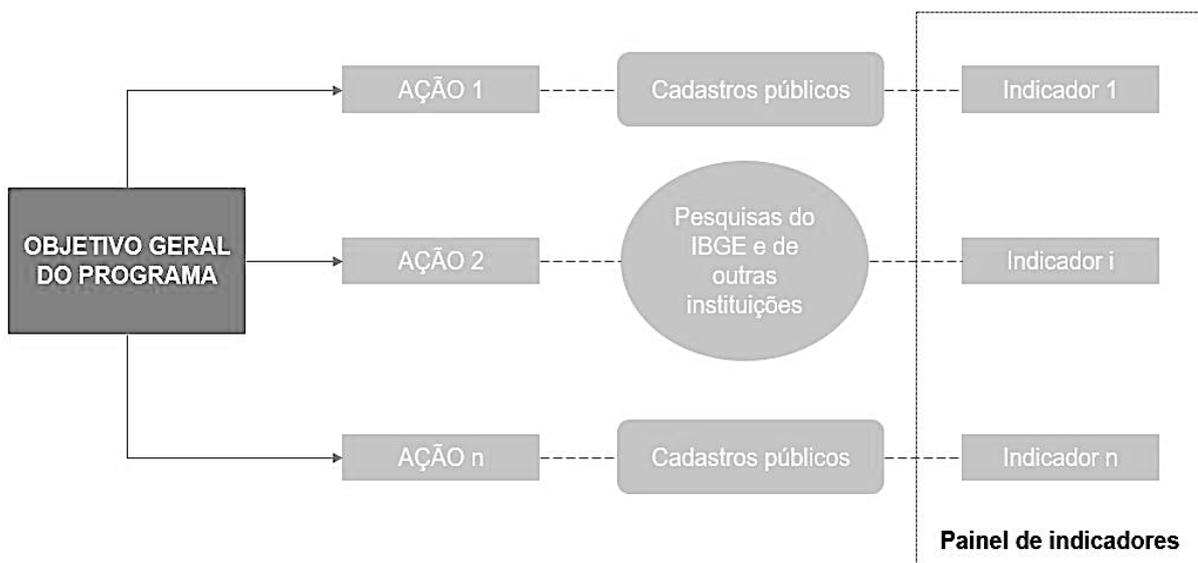


Figura 3 - Construção de um Painel de Indicadores para programa social – Fonte: Jannuzzi (2017).

2.2.3. Propriedades desejáveis para os indicadores sociais

A literatura traz que, existem um conjunto de 12 propriedades principais para a escolha do indicador, conforme sistematizado na

Tabela 4 e proposto pelo autor Jannuzzi (2017):

- **relevância para agenda política** - é o primeiro atributo essencial, que deve ser considerado na propriedade dos indicadores escolhidos para legitimar a construção de um sistema de formulação e avaliação de programas sociais específico (JANNUZZI, 2005).
- **validade** - significa que, se o que foi medido aproxima-se do conceito abstrato. Ou seja, é construída através de um ciclo interativo: conceito – medida – conceito. Quanto mais bem definido é o conceito ou o aspecto social que se deseja estudar, melhor serão as possibilidades de construção da medida.
- **confiabilidade** - é uma propriedade que está relacionada a qualidade dos dados usados para o seu cômputo. Para melhor exemplificar, utilizaremos a analogia de uma balança: Se a cada vez que o mesmo indivíduo subir na balança ela apontar valores diferentes, conclui-se que o instrumento não é confiável (PARANHOS et al, 1980). Ou seja, quanto maior for a confiabilidade da medida, menor será a quantidade de erros aleatórios.
- **cobertura populacional** ou espacial é outra propriedade importante para a escolha do indicador. Um indicador social deve ser desagregável amplamente,

tanto em termos geográficos, sociodemográficos e socioeconômicos, podendo ser comparado no tempo ou historicamente.

Além dessas características, um bom indicador, deve ter a **sensibilidade**, a **especificidade** e, sobretudo, a **reprodutibilidade**. Essa tríade é extremamente importante para o monitoramento e avaliação processual dos programas sociais (IBGE, 2017).

“No monitoramento de programas sociais, a sensibilidade dos indicadores é um atributo fundamental a assegurar; do contrário, a medida pode comprometer a finalidade do sistema” (JANNUZZI, 2017, p. 37).

- **Sensibilidade** corresponde a capacidade de incidir sobre a mudança de um fenômeno da realidade social. Já, a especificidade, está diretamente relacionada às mudanças das dimensões sociais, vinculado as relações de: ação e reação, causa e efeito. Por fim, mas não menos importante, é o atributo reprodutibilidade, que diz respeito à transparência e inteligibilidade da metodologia de construção, que devem ser claras e justificadas.
- **Comunicabilidade** “é outra propriedade importante, com a finalidade de garantir a transparência das decisões técnicas tomadas pelos administradores públicos e a compreensão delas por parte da população” (JANNUZZI, 2005, p. 141).

Portanto, os indicadores sociais, requerem um arsenal robusto para sua construção, no qual poderíamos sintetizar da seguinte maneira: constituir de relevância social, validade e confiabilidade, assumir um grau de cobertura, ser sensível, específico, reprodutível, comunicável, com atualização periódica, a custos factíveis, ser desagregável e por fim, permitir avaliação uma no tempo e historicamente.

Na prática nem sempre o indicador de maior validade é o mais confiável, nem sempre o mais confiável é o mais sensível; nem sempre o mais sensível é o mais específico; enfim, nem sempre o indicador que reúne todas essas qualidades é passível de ser obtido na escala territorial e na periodicidade requerida (JANNUZZI, 2017, p.39).

Tabela 4 - Síntese com propriedades desejáveis dos indicadores sociais – Fonte: Jannuzzi (2017).

| PROPRIEDADES PRINCIPAIS | |
|---------------------------------------|--|
| Relevância para a agenda política | Transparência metodológica na sua construção |
| Validade de representação do conceito | Comunicabilidade ao público |
| Confiabilidade da medida | Factibilidade operacional para sua obtenção |

| | |
|----------------------------------|--|
| Cobertura populacional | Periodicidade na sua atualização |
| Sensibilidade às ações previstas | Desagregabilidade populacional e territorial |
| Especificidade ao programa | Comparabilidade da série histórica |

2.2.4. Tipologia dos Indicadores Sociais

Há várias maneiras de classificar os indicadores sociais, sendo a mais comum, por área temática da realidade social que se deseja estudar. Além da temática, o mesmo, pode ser constituído por subtemas também. Exemplificaremos esta relação, conforme apresentado na Tabela 5 (JANNUZZI, 2017).

Uma outra forma recorrente de classificar os indicadores sociais é dividi-los entre objetivos e subjetivos (JANNUZZI, 2005):

- **Indicadores objetivos** - referem-se ao dado bruto disponível pela estatística pública disponível. Exemplo, o percentual de domicílios com acesso à rede de água.
- **Indicadores subjetivo** - possui uma relação diferente com a realidade social. E, está diretamente ligado às pesquisas de opinião pública ou grupos de discussão. Cabe ressaltar que, os dois indicadores, não necessariamente, poderão apresentar as mesmas tendências em seus resultados referente a uma mesma dimensão social. Exemplo, Índice de confiança nas instituições.

Tabela 5 - Exemplo de classificação por temática e subtema dos Indicadores Sociais – Fonte: Jannuzzi (2017).

| TEMA | SUBTEMA | INDICADORES |
|-------------------------------|----------------------|--|
| Pobreza e desigualdade | Vulnerabilidade | Taxa de pobreza |
| Infraestrutura Urbana | Transporte | Tempo gasto com deslocamento para o trabalho |
| Saúde | Mortalidade Infantil | % de crianças nascidas com peso adequado |

Já os indicadores descritivos e normativos, são classificações menos comuns e pouco utilizadas. A própria complexidade da construção do indicador pode ser um critério, representados pela diferenciação dos indicadores primários ou compostos, conforme descrevemos os seus significados a seguir (PARAHOS, 2013):

- **Indicador descritivo** - coletam informações dos aspectos de um objeto ou fenômeno social, com significado de valor de juízo baixo. Exemplo, taxa de mortalidade infantil.
- **Indicador normativo** – seria o contrário do descritivo. Capta juízos de valor frente à um fenômeno social, com base estatística. Exemplo, taxa de desemprego.
- **Indicador primário ou simples** – são utilizadas especialmente para medir uma dimensão social específica. Exemplo, a taxa de homicídios por 100 mil habitantes.
- **Indicador composto, sintéticos ou índices** – considera-se a aglutinação de dois ou mais indicadores primários, ou seja, pode agrupar diversas dimensões social em uma mesma medida, adicionado de uma metodologia de aglutinação elegida (análise multivariada, análise por multicritério ou média aritmética). Exemplo, o IDH – Índice de Desenvolvimento Humano, onde agrupa três temáticas (educação, saúde e renda), combinando indicadores primários para a sua construção (GUIMARÃES; JANNUZZI, 2005).

Cabe lembrar que, há contextos em que é construído um indicador sintético, com o objetivo de encapsular a realidade social em uma única medida. Para não cairmos no mau uso dos indicadores sintéticos, é importante que a medida síntese seja construída com propriedades específicos e sensíveis aos efeitos da intervenção (Figura 4) (JANNUZZI, 2017).



Figura 4 - Decisões técnicas e políticas na construção do Índice social – Fonte: Jannuzzi (2017).

2.2.5. Quanto ao fluxo de implementação de Políticas Públicas

A literatura também cita outras tipologias para os indicadores, que são interessantes em utilizá-los no monitoramento de políticas e programas sociais. Seguem abaixo a distinção entre as dimensões operacionais: indicador - insumo, indicador - processo, indicador – resultado e indicador – impacto (BRASIL, 2018; JANNUZZI, 2016).

Logo abaixo listamos os indicadores que podem ser utilizados para análise das políticas públicas, conforme propõem o autor Jannuzzi (2017):

- **Indicador – insumo:** é uma medida associada à disponibilidade de recursos humanos, financeiro ou de equipamentos para responder à uma demanda de uma política ou programa social, com alocação de recursos.
- **Indicador – processo:** é o indicador que mensura o processo do esforço que se gera para obter os recursos humano, físico ou financeiros, com a finalidade de melhorias de bem-estar.
- **Indicador – produto:** está diretamente ligado à “entrega” das políticas ou programas em forma de benefício, seja ele em forma de bens e serviços para o público alvo.
- **Indicador – resultado:** mensura os objetivos finais da política ou programas públicos, no qual, permite avaliar a sua eficácia.
- **Indicador – impacto:** relaciona-se com a mensuração dos efeitos ou não efeitos que uma política ou programa desdobraram após a sua implantação, assim, podendo avaliar a sua efetividade.

Na Figura 5 apresenta-se uma organização de classificação para uma política pública de educação.

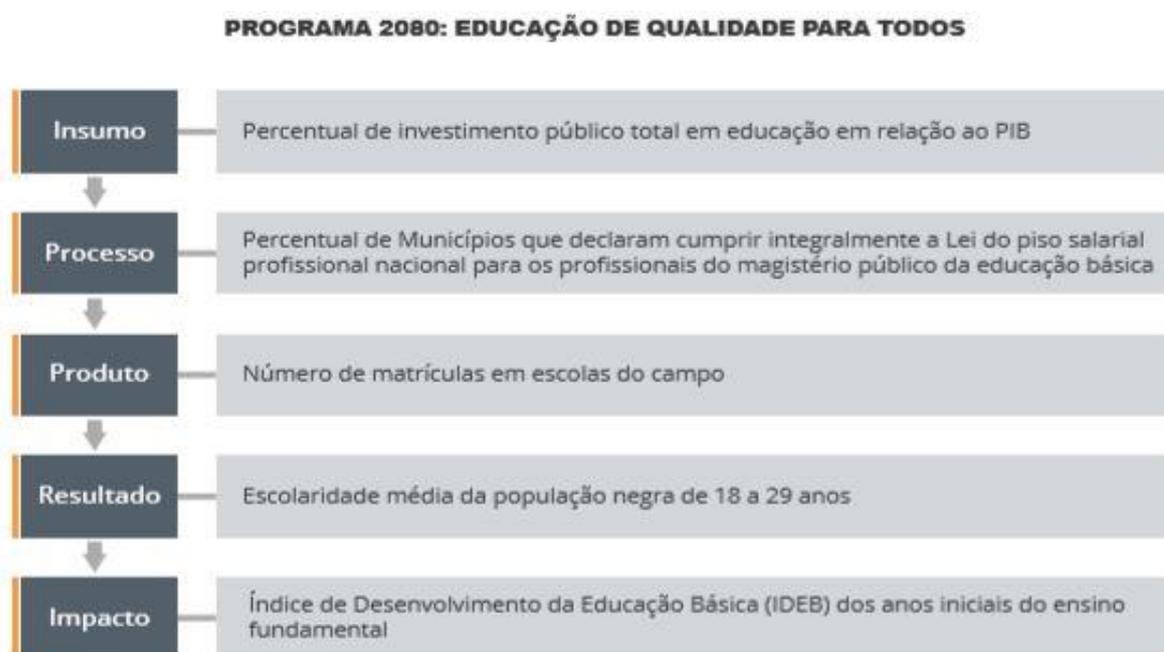


Figura 5 - Apresenta uma ilustração dessa classificação para uma Política Pública de Educação - Fonte: Brasil, 2018

Existem outras formas de classificação do indicador, como: indicadores de estoque e indicadores de fluxo. Os dois podem ser empregados em outras áreas e são sensíveis à Avaliação de Políticas Sociais. O indicador de estoque refere-se a mensurar processos cumulativos de uma dimensão social em um dado momento. Os anos de escolaridade nos serve de exemplo para este indicador. O indicador de fluxo já nos aponta mudanças entre dois momentos distintos, ou também, processos que afetam as dimensões de estoque. A taxa de frequência escolar é um exemplo deste indicador (JANNUZZI, 2017).

2.2.6. Quanto ao Desempenho

A avaliação do desempenho foca-se basicamente em medir os recursos alocados e quais resultados foram alcançados, nos quais são propostos por três critérios relevantes de avaliação: indicadores de eficiência para avaliação dos meios e recursos utilizados, indicadores para avaliação da eficácia no cumprimento das metas e indicadores para avaliação dos efeitos do programa na realidade social (BRASIL, 2018; JANNUZZI, 2017).

Há outras tipologias empregadas para diferenciar os indicadores, segundo a ordem de precedência deles em um modelo explicativo causal (determinantes, intervenientes e consequentes), segundo o período de referência do indicador (séries históricas ou séries prospectivas) e, ainda, segundo a

natureza relativa ou absoluta da medida (indicador relativo, como a proporção de pobres na população, ou indicador absoluto, como o total de pessoas classificadas como pobres). Indicadores-chave, complementares e de contexto também são outras formas de diferenciar medidas de acompanhamento de políticas e programas, segundo a criticidade e a agregação de valor analítico disponível (JANNUZZI, 2017, p. 33).

2.2.7. As principais fontes de dados

A construção dos indicadores sociais faz-se necessário a disponibilidade de uma base de dados confiável, que possua a consolidação de estatísticas robustas, relevantes e com credibilidade para assegurar a ética profissional. Evita-se assim, o uso pouco ético e interpretações distorcidas na utilidade dos dados, ou a manipulação de pesquisas, tanto na academia, quanto na esfera política, por exemplo. A elaboração dos indicadores sociais e os indicadores ambientais são utilizados através da base de informações produzidas predominantemente no âmbito das instituições públicas. Várias agências operam na construção de sistemas de indicadores sociais, demográficos, ambientais e econômicas, sob a coordenação do IBGE. Este, opera suas atividades desde a sua criação em 1934, totalizando 80 anos de trajetória em 2016, com a contribuição de mapear e fornecer dados estatísticos no âmbito nacional arreigado de princípios e metodologias para a sua elaboração (JANNUZZI, 2017).

Aqui sintetiza-se os princípios fundamentais na estatística, proposto pelo autor Jannuzzi, (2017).

- Relevância da informação disponibilizada, imparcialidade na sua produção e divulgação, e acesso público e irrestrito às estatísticas.
- Observação a padrões profissionais, técnico-científicos e éticos na escolha dos métodos e procedimentos de coleta, processamento, armazenamento e divulgação dos dados estatísticos.
- Responsabilidade e transparência por fontes, métodos e procedimentos estatísticos utilizados.
- Prevenção de interpretação equívoca e utilização indevida das estatísticas.
- Eficiência na produção da informação, considerando qualidade, oportunidade, custos e ônus para os informantes.
- Preservação da confidencialidade dos dados individuais coletados, sejam referentes a pessoas físicas ou jurídicas.

- Arcabouço legal e institucional estabelecido e reconhecido pela sociedade.
- Coordenação nacional da produção de informação, para garantia da coerência e eficiência do sistema estatístico.
- Uso de conceitos, classificações e métodos internacionalmente reconhecidos.
- Cooperação internacional em busca do aprimoramento das estatísticas oficiais em todos os países.

Um dos movimentos impactantes e que ampliou o escopo do IBGE, foi criação de novos levantamentos para caracterização da sociedade e economia do país foi responsável pela criação de pesquisas, com disponibilidade regular: os Censos Demográficos (CD), PNAD e a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNICs). Tais, são de grande relevância na formulação e avaliação de políticas sociais no Brasil. A seguir na

Tabela 6 apresentaremos as principais características do conjunto de pesquisas supracitada (JANNUZZI, 2017).

Tabela 6 - Principais características do conjunto de pesquisa – Fonte: Jannuzzi (2017).

| Fonte | Principais características da amostra | Periodicidade | Desagregação | Período de realização |
|---------------|--|----------------------|-------------------------|-----------------------|
| PNAD | Amostra anual independente com mais de 130 mil domicílios no ano, em cerca de 900 municípios. | Anual | UFs e RMS | 1967- 2015 |
| PNAD-C | Painel rotativo com mais de 700 mil domicílios em mais de 3 mil municípios no ano. | Mensal Trimestral | Brasil UFs, Capitais | Final de 2012 |
| MUNICs | Viabiliza o dimensionamento da capacidade subnacional de gestão de políticas, de equipamentos públicos e de atendimento de serviços sociais. | Anual | Município e Estado | 1999 |
| CD | Informações sobre características demográficas da população (sexo, idade, cor/raça, migração, nupcialidade, fecundidade, mortalidade), deficiências físicas, religião, perfil educacional, rendimentos, condição de atividade ou aposentadoria, inserção no mercado de trabalho e características dos domicílios particulares (composição material, posse de bens, cômodos, ligação de água e esgoto etc); o censo também passou a captar o acesso a | Decenal | Brasil UFs, Capitais | 1872-2010 |

programas sociais específicos (Programa Bolsa Família, além da previdenciária), a identidade indígena, emigração internacional, mortalidade de filhos e deslocamento para o estudo e trabalho.

2.2.8. Indicador composto, sintético ou índice: vantagens e desvantagens

O indicador sintético expressa a relação de representação entre duas ou mais variáveis em uma única medida para representar algo concreto ou abstrato. Normalmente a construção de um indicador sintético justifica-se pela simplicidade e capacidade de síntese, quando se necessita realizar uma avaliação mais geral do bem-estar, condições de vida ou nível socioeconômico de diversos grupos sociais (JANNUZZI, 2002).

Segundo os autores Fontanari e Panichi (2009, p. 1), “o índice não pode dispensar o objeto para significar, como uma seta que aponta o objeto; sem o objeto ele não teria sentido, não significaria”.

Neto et al. (2004) traz a reflexão de alguns autores, que comentam uma série de potencialidades e fragilidades no uso de indicadores sintéticos, conforme citado na Tabela 7.

Tabela 7 - Indicadores Sintéticos: Vantagens e Desvantagens– Fonte: Jannuzzi (2017).

| VANTAGENS | DESVANTAGENS |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Indicadores sintéticos podem ser usados para sumarizar questões complexas ou multidimensionais, com o intento de apoiar tomadores de decisão. Indicadores sintéticos fornecem uma grande representação. Podem ser mais fáceis de interpretar do que tentar encontrar uma tendência em muitos indicadores separados. Eles facilitam a tarefa de ordenar países segundo questões complexas. Indicadores sintéticos podem ajudar a atrair a atenção do | <ul style="list-style-type: none"> Indicadores sintéticos podem emitir mensagens políticas na direção equivocada ou não robusta, se são pobremente construídos ou mal interpretados. Análises de sensibilidade podem ser usadas para testar a robustez de indicadores sintéticos. A ‘grande representação’ mostrada como resultado de um indicador sintético pode convidar políticos a tomar decisões simplistas. Indicadores sintéticos poderiam ser usados em combinação com os sub-indicadores para propiciar conclusões políticas mais sofisticadas. A construção de indicadores sintéticos envolve estágios nos quais julgamentos devem ser feitos: a seleção dos sub-indicadores, escolha do modelo, ponderações dos indicadores e tratamento de valores |

público, fornecendo um número sumarizado com o qual se pode comparar a performance entre países e seus progressos do decorrer do tempo.

- Indicadores sintéticos podem ajudar a reduzir o tamanho de uma lista de indicadores ou incluir mais informação acerca de uma lista com um dado tamanho.

faltantes. Estes julgamentos devem ser transparentes e baseados em princípios estatísticos claros.

- Pode existir maior discordância entre 'Estados Membros' [referindo-se aos membros da União Européia] com relação a indicadores sintéticos do que a indicadores individuais. A escolha dos indicadores individuais e de seus pesos pode se tornar alvo de disputa política.
- Indicadores sintéticos fazem crescer a quantidade necessária de dados porque são requeridos dados para cada um dos sub-indicadores e para uma análise estatística significativa.

Por fim, o autor Jannuzzi (2011) aprofunda a crítica, trazendo um bom exemplo dessas situações levantadas: a experiência do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Tal, é recomendado que o seu uso, seja fortemente evitado, pois o indicador pouco refletiu em suas medidas anuais. Este tipo de indicador requer técnicas alternativas válidas para a sua construção.

Por suas características e finalidades, as técnicas de Apoio Multicritério à decisão (ADM) podem constituir-se em alternativas interessantes para construção de medidas-resumo de avaliação de políticas públicas e, sobretudo, para desenvolvimento de indicadores de priorização de público-alvo de programas sociais. ADM é uma técnica da pesquisa operacional que se situa no meio do *continuum* de métodos de tomada de decisão mais exploratórios – como painel de especialistas – e os mais estruturados – como programação linear, dinâmica ou análise envoltória de dados (JANNUZZI, 2017, p. 170).

2.3. Indicadores de saúde

A procura de medidas válidas e confiáveis, sempre foi uma atividade central em saúde pública na busca de cifras que pudessem refletir o estado de saúde da população. Esse movimento iniciou-se com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (CARRENO et al, 2013). Desde então, com o controle das doenças infecciosas e a maturação do conceito de saúde aproximando-se cada vez mais da importância dos determinantes sociais, percebeu-se que era possível avaliar outras dimensões do estado de saúde. O acesso aos serviços públicos, avaliação da qualidade dos serviços ofertados, as condições de vidas, dentre outros, são alguns exemplos referente à estas dimensões. Diante disso, desenvolveu-se

indicadores que facilitassem a quantificação e a avaliação das informações produzidas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

Já no contexto das políticas públicas, para a sua implementação é necessária uma grande capacidade de gestão alinhado a estratégias factíveis ao desenho orçamentário disponível. Para tanto, é preciso um acompanhamento sistemático dos aspectos da realidade que se pretende capturar e deseja-se alterar, como também, considerar os vários interesses existentes na sociedade (BRASIL, 2018).

Na perspectiva da vigilância em saúde é importante que exista uma junção entre os indicadores sociais e indicadores de saúde para que juntos, ajudem a medir os problemas e avaliar os resultados da intervenção proposta. Os indicadores, quando pactuados com os diferentes atores envolvidos no processo representam um caminho potente para influenciar na formulação de políticas públicas ou programas, que melhor podem responder as demandas sociais de saúde (SANTIAGO et al., 2007).

No Brasil, a produção de serviços de saúde gera fluxos de dados que alimentam vários sistemas nacionais, criados por necessidades específicas da esfera federal. Tais sistemas, acessíveis em grande parte pela internet, acumularam-se em décadas sem concomitante esforço para compatibilizar o registro de variáveis comuns e integrar o gerenciamento de processos. Resultam bases de dados independentes, volumosas e heterogêneas em qualidade e cobertura, que refletem condições socioeconômicas, administrativas e técnico-operacionais em cada instância de gestão da rede de serviços (JÚNIOR, 2006, p. 1050).

Existe um grande desafio de utilizar melhor as informações na gestão do SUS de forma integrada, no qual, serviu de impulsionou o Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) a instituir, em 1996, a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde. A estratégia utilizada centrou-se na criação de uma Rede Intergestora de Informação para a Saúde (RIPSA) que fosse capaz de atingir alguns objetivos básicos (RIPSA, 2009):

a) elaboração da matriz de indicadores, como instrumento de unidade tática; b) eleição do Datasus como residência unificada da base de indicadores; c) seleção da fonte institucional produtora de cada indicador; e d) qualificação dos atributos dos indicadores. A base é revisada e atualizada periodicamente, por processos interinstitucionais e interdisciplinares de trabalho que visam aferir conceitos, métodos, consistência e significância dos dados divulgados (JÚNIOR, 2006, p. 1050).

A Ripsa é concebida por um grupo de trabalho com representação das principais estruturas do MS, a OPAS e instituições-chave da política de informações em saúde no País: IBGE, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Faculdade de

Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fundação Seade, no qual juntos, culminam um plano de trabalho único e em conjunto. Ou seja, a ideia é produzir e disponibilizar de forma organizada e sistemática informações que apontem à formulação, a gestão e a avaliação de políticas e ações no sistema público, de interesse dos poderes públicos, de gestores, dos órgãos colegiados e do controle social do SUS, das entidades técnico-científicas e das organizações internacionais (RIPSA, 2008). Desta forma, a Ripsa, obtém como um dos seus produtos finalísticos a publicação regular de Indicadores e Dados Básicos (IDB), que sistematiza informações, contendo conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados e ficha de qualificação, a fim de compreender a situação de saúde brasileira e sua tendência (JÚNIOR, 2006).

A base eletrônica que disponibiliza as informações dos dados é o DATASUS. E para aqueles menos familiarizados com os recursos da informática, o DATASUS, publica um folheto IDB (Indicadores e Dados Básicos), anualmente, onde contém uma síntese referente a análise de situação de saúde e tendências do último ano de forma impressa (RIPSA, 2008). Dentre tantas vantagens nos cabe ressaltar que, os indicadores utilizados pelo Ripsa, por muitas vezes, não correspondem à esfera municipal, tal, um desafio ainda a ser superado. O último folheto disponibilizado foi no ano de 2012, que aborda o tema das doenças imunopreveníveis, no ano em que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) completou 40 anos. (JÚNIOR, 2006; RIPSA, 2008; PINTO et al., 2018).

Em 2009, a Ripsa publicou o primeiro Informe de Situação e Tendências (IST), um produto advindo de um trabalho sistemático em parceria com profissionais de diversas instituições. Este relatório passa a complementar o IDB com informações analíticas, dirigidas, sendo o seu público alvo, especialmente gestores de saúde (RIPSA, 2009).

Nessa perspectiva, a Análise de Situação de Saúde (ASIS) é um processo que apoia a gestão de forma crítica e reflexiva a conhecer melhor a situação de saúde de uma população, definindo as necessidades e prioridades para a avaliação da sua efetividade. E também, na formulação de estratégias para a promoção, prevenção e controle de danos, projetando cenários futuros e fortalecendo a vigilância em saúde. Usualmente a ASIS utiliza dados secundários para análise, e isso, está diretamente atribuído as vantagens favorecidas pelos dados secundários, como por exemplo, da

simplicidade no seu uso, do baixo custo e do tempo, de possuir uma validade externa, da oportunidade e continuidade das análises, entre outros (BRASIL, 2015).

ASIS são processos analítico-sintético que engloba vários tipos de análise. O ASIS permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos e problemas de saúde, bem como os seus determinantes, sejam estes concorrência do setor da saúde ou de outros setores. O ASIS Também facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde, bem como a identificação de intervenções programas apropriados ea avaliação de seu impacto sobre os saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 1999, vol. 20, nº3).

Existem vários tipos de ASIS do ponto de vista metodológico, sendo os mais comuns Análise de tendências, Análise de conjuntura e Avaliação em saúde (efeito/impacto) (BRASIL, 2015). O primeiro está ligado a análise das mudanças nos processos de saúde e doença de uma população, podendo ser feito num período a médio e longo prazo (BRASIL, 2015). Já a análise de conjuntura tem muita importância na análise das desigualdades em saúde. Permite orientar as ações dependendo das condições de viabilidade e factibilidade da conjuntura política (BRASIL, 2015). Por último, a Avaliação em saúde, analisa as influências das ações em saúde com os objetivos propostos, de forma sistemática. A qualidade de todas essas análises vai depender sempre da qualidade dos dados secundários (BRASIL, 2015; Organização Pan-Americana da Saúde Boletim Epidemiológico, 1999).

“A descrição e a explicação da situação de saúde-doença não são independentes de quem e a partir de que posição descreve e explica” Castellanos (apud MITROV I.; BONOMA, 1978, p. 2).

Uma situação de doença-saúde, do ponto de vista de um ator social, contém: a) Uma seleção de problemas e fenômenos que afetam a grupos de população selecionados. b) Uma enumeração de fatos, que em seu conteúdo e forma são assumidos como relevantes (suficientes e necessários) para descrever os problemas selecionados. c) Uma explicitação, isto é, a identificação e a percepção do complexo de relações entre os múltiplos processos, em diferentes planos e espaços, que produzem os problemas. A “situação de saúde” de um determinado grupo de população é, portanto, um conjunto de “problemas” de saúde “descritos” e “explicados” a partir de uma perspectiva de um ator social, isto é, de “alguém” que decide uma conduta determinada em função de tal situação (CASTELLANOS, 1990, p. 3).

2.3.1. Painel de Indicadores no SUS

O primeiro Painel de indicadores foi criado pelo MS através do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS em 2006, junto com o Pacto Pela

Saúde, expresso pelas portarias Nº 399/06 e Nº 699/06 e alguns projetos prioritários pactuados junto às Comissões Intergestores e aos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2006). Porém, nenhum de seus exemplares cita a periodicidade de publicação. Até o momento o MS publicou dez volumes com eixos temáticos e em anos diferentes, sendo o último divulgado no ano de 2016, podendo ser visualizado na Tabela 8. Este, é um instrumento de apoio a gestão em todas as esferas do SUS. Os indicadores são organizados pelas dimensões clássicas de estrutura, processo e resultado. Além disso, o painel utiliza recortes e prioridades epidemiológicas que dialogam com o Plano de Metas contido no II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (2012- 2015), aprovado na Comissão Intergestora Tripartite (CIT). O instrumento tem o objetivo de capilarizar, sistematizar e democratizar as informações pertinentes ao sistema de saúde para o empoderamento, destas, aos conselheiros de saúde, entidades e movimentos da sociedade civil (BRASIL, 2006, 2008, 2009, 2013, 2014 e 2016).

Tabela 8 - Painel do SUS por eixo temático – Fonte: BRASIL (2006 2008, 2009, 2013, 2014 e 2016).

| ANO | VOLUME | EIXO TEMÁTICO |
|------|--------|---|
| 2006 | I | O Painel de Indicadores do SUS |
| --- | II | Saúde da Mulher |
| --- | III | A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde |
| 2008 | IV | Saúde da Família |
| 2008 | V | Prevenção de Violências e Cultura da Paz |
| 2009 | VI | Promoção da Saúde |
| --- | VII | Panorâmico |
| 2013 | VIII | Regionalização da Saúde |
| 2014 | IX | Gestão do Trabalho em Saúde |
| 2016 | X | Saúde da População Negra |

Em abril de 2009, o município do São Paulo, cria um Painel de Monitoramento da Situação de Saúde e da Atuação dos Serviços da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. O instrumento de gestão é construído com um rol pequeno de indicadores e que pode ser segregado em todo o nível do sistema (Municipal, Regional de Saúde, Microrregião, Supervisão Técnica de Saúde, Subprefeitura, Distritos

Administrativos e unidades ambulatoriais e hospitalares), permitindo assim, obter um diagnóstico mais próximo da realidade; ter transparência da situação de saúde do município; apoiar na tomada de decisão baseada em evidência e acompanhar a sua tendência na mudança dos processos das condições de vida da população (GRIM e TANAKA, 2016).

A gestão da saúde requer a tomada de decisões de elevada responsabilidade e relevância social. As informações providas pelos indicadores de saúde fornecem o embasamento necessário ao planejamento, à execução e à avaliação das ações realizadas, na medida em que propiciam o conhecimento sobre aspectos relevantes da população, reduzem o grau de incerteza sobre sua situação de saúde e apoiam a busca de possíveis soluções e providências (BRANCO, 2001, p. 163).

“O monitoramento da gestão mediante indicadores é uma estratégia ágil de acompanhar a tendência de determinadas ações e direcionar processos de avaliação, oferecendo apoio oportuno à tomada de decisão” (GRIMM; TANAKA, 2016, p. 586). Os indicadores são ferramentas fundamentais em todos os níveis da Saúde Pública para a avaliação da situação de saúde, especialmente se gerados de forma sistemática e regular. Um bom conjunto de indicadores, além de produzir evidências da situação sanitária, pode nos elucidar a sua tendência, especialmente na identificação de desigualdades sociais no âmbito da saúde, conforme destaca os autores Weigelt et al (2008). “Todavia, é escasso o uso das informações em saúde disponíveis, as quais, muitas vezes, contam com dados duplicados e dificuldades de acesso e análise” (PEREIRA; TOMASI, 2016, p. 412).

3. METODOLOGIA

3.1. Contexto e desenho

Trata-se de uma pesquisa exploratório, com abordagem quantitativa, visando o desenvolvimento de um instrumento de gestão com foco no monitoramento e avaliação do desempenho d APS no MRJ.

3.2. Fontes de dados

As variáveis serão do tipo de dados secundários, coletados em sítio eletrônico nos principais Sistemas de Informação disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde, bem como, dados estatísticos, demográficos e geográficos da base de dados do Sistema IBGE (Censo Demográfico – ano 2010; PNAD – ano 2011), Sistema de Informações de Saúde TABNET (é um tabulador de domínio público desenvolvido pelo DATASUS) e o Portal Armazém de dados e Instituto Pereira Passos.

3.3. Seleção de indicadores

A etapa seguinte consiste na seleção dos indicadores primários para esta pesquisa. Desta forma, é necessário que a escolha de indicadores possua propriedades essenciais, no qual, são necessários para ampliar a sua capacidade de utilização. Estas propriedades devem constituir relevância, validade e confiabilidade, assumir um grau de cobertura, ser sensível, específico, reproduzível, comunicável, com a atualização periódica, a custos factíveis, ser desagregável e por fim, permitir avaliação no tempo e historicamente. É importante que a seleção dos indicadores, seja baseada em uma avaliação crítica de suas propriedades, e não simplesmente na tradição do seu uso. Posteriormente, serão definidos os indicadores, o seu objetivo e as memórias de cálculo (JANNUZZI, 2017; RIPSA, 2008). Além das propriedades, os indicadores devem possuir a sua validade conceitual, ou seja, conseguirem informar sobre os aspectos que constituirão o modelo teórico. Assim, abarcando o amplo espectro de dimensões que possam ser identificadas como essenciais no modelo teórico construído e utilizado (TAMAKI et al., 2012).

3.3.1. Validade de critério

A validade dos indicadores foi realizada por um grupo de técnicos que esteve dedicado a definir dimensões e indicadores para realizar o monitoramento e a avaliação da Gestão da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. Este grupo avaliou a operacionalidade da criação do painel de indicadores para compor o modelo teórico que disparou a construção de um painel de indicadores, que serviu de linha de base para o estabelecimento do monitoramento contínuo da situação de saúde do município. O Painel de Especialistas é uma técnica que permite a interação entre os diferentes conhecimentos e visões dos membros sob um mesmo assunto (PINHEIRO et al., 2013). Ou seja, farão parte do processo de pesquisa, não com um caráter confirmatório, e sim, como participantes que contribuiu para compor o conjunto de resultados. As autoras Struchiner et al. (1986), orientam que, no processo de julgamento, o grupo de especialista possa constituir-se de três a seis membros, e que não haja limites na criação de painéis para que todas as questões sejam respondidas. Há uma controvérsia em relação ao quantitativo de membros para o painel de especialistas. Portanto, deve-se levar em conta a característica do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais, conforme cita Alexandre e Coluci (2011). Os membros do painel podem participar de três momentos distintos: 1) São convocados para uma etapa inicial de “calibração” ou “validação” de instrumentos ou procedimentos; 2) Os especialistas podem ser acionados quando um novo domínio da pesquisa é estabelecido ou, 3) Quando o pesquisador pretende testar algum procedimento ou instrumento, como por exemplo, a validação de um roteiro de entrevista ou questionário (PINHEIRO et al., 2013; ALEXANDRE e COLUCI, 2011).

A validade do constructo é um processo insubstituível para compor um instrumento. Desta forma, para a validade do critério foi realizado uma revisão simples de artigos, a fim de criar um arsenal robusto que sustente as recomendações e os parâmetros de forma válido e confiável para a seleção dos indicadores. “Os critérios de validade de um instrumento nas pesquisas científicas consistem em um elemento fundamental que compõe o rigor metodológico” (OLIVEIRA et al., 2011, p. 2).

3.3.2. Validade de face

A validade de face constituiu-se de dois momentos, o primeiro momento foi a validação do modelo teórico e o segundo momento, consistiu na validação do Painel de Indicadores. Desta forma, faz-se necessário a escolha de duas medidas para compor os momentos distintos das fases da pesquisa. Existem vários métodos para a avaliação de concordância entre os especialistas, como a taxa de concordância entre os especialistas, o Índice de validade de conteúdo (IVC) e o Coeficiente de kappa (ALEXANDRE E COLUCI, 2011). Para este primeiro momento optou-se em utilizar o Método da Taxa de concordância. Uma das vantagens em utilizar este método é proporcionar informações úteis e de cálculo simples. Para a utilização desta medida, deve-se considerar como uma taxa aceitável entre os membros do painel o mínimo de 80% e, preferencialmente, maior que 90% de concordância. Na equação (1) descreve-se à medida que foi utilizada nesta pesquisa (SOUZA et al, 2017):

$$\text{Concordância (\%)} = \frac{\text{número de participantes que concordam}}{\text{número total de participantes}} \times 100 \quad (1)$$

Já para a validação do instrumento, utilizaremos um método frequentemente no campo da saúde para a validação de instrumento, o IVC. Este método calcula a proporção ou porcentagem de membros do painel, que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de sua composição. Primeiramente analisa cada item individualmente, e posteriormente o instrumento como um todo. Além disso, este método agrega a escala de tipo Likert que tem como característica solicitar aos membros do painel de especialista que indiquem o grau (1 a 4) de concordância ou discordância de uma opinião apresentada. Para serem considerados válidos, utilizou-se o parâmetro do escore ≥ 0.80 (ALEXANDRE E COLUCI, 2011). Abaixo destacaremos os valores atribuídos para os julgamentos (ALEXANDRE E COLUCI, 2011 e POLIT e BECK, 2006):

- 1 = não relevante ou não representativo;
- 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo;
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo;
- 4 = item relevante ou representativo.

A equação (2) mostra a fórmula do índice:

$$IVC = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}} \times 100 \quad (2)$$

3.4. Análise de Dados

Para esta etapa, os indicadores foram classificados a partir de dados que constitui os instrumentos: Painel de Desempenho da APS, Painel de Serviço de Vigilância em Saúde; Painel de Desempenho da APS, Painel de Serviço de Vigilância em Saúde; Instrumentos de Contrato de Gestão do MRJ (2019); Plano Plurianual (PPA) (2020 – 2023) e Pactuação Interfederativa de Indicadores (SISPACTO) (2019 – 2020). Cabe ressaltar que, as memórias de cálculos dos indicadores de vigilância em saúde não estavam disponíveis no Painel e foi negado o acesso da informação pelo serviço pelo serviço de vigilância do MRJ. Após elencados os indicadores foram recodificados, qualificados pelos membros de especialistas e, a partir da base de dados devidamente elaborada através de uma planilha em Excel, foram estimados os indicadores propostos para o monitoramento (TAMAKI et al, 2012).

3.4.1. Painel de Indicadores

A elaboração do Painel de Indicadores partiu de um marco referencial teórico, ao qual, foi decidido pelo painel de especialistas a sua validação. Neste, incorporou os indicadores de saúde, o objetivo, a fonte e a forma de cálculo. Ou seja, os indicadores deveriam possuir relação direta com o objetivo programático original (JANNUZZI, 2017; TAMAKI, 2012; SOUZA e SCHMITZ, 2016).

3.5. Considerações Éticas

Por se tratar de uma pesquisa que utilizará dados agregados, de natureza pública, sem qualquer tipo de identificação individual dos registros, de acordo com a resolução 466/2012 e 510/2016, esta pesquisa ficou isenta, frente a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Ressalta-se que, todo o detalhadamente da metodologia desta pesquisa foi descrito no item 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Validação do Modelo Teórico

Para a criação de um painel de indicadores é preciso começar por definir e estabelecer o modelo teórico. Desta forma, utilizou-se como método para a validade de conteúdo do modelo teórico, a validade de face. A validade de conteúdo foi desenvolvida em três etapas:

1. Busca simples de artigos e mapeamento de conceito da ferramenta;
2. Investigação exploratória dos participantes;
3. Validação de Face do modelo teórico.

Etapa 1. Busca simples de artigos e Mapeamento de conceito da ferramenta

Uma pesquisa documental e bibliográfica foi realizada com intuito de buscar artigos, guias, protocolos, ou recomendações, que abordassem a temática proposta para que o modelo teórico fosse construído e ancorado sob evidências científicas. Dessa maneira, foi realizado uma busca através da biblioteca Eletrônica Online – SCIELO, utilizando a combinação de palavras-chaves: indicadores de gestão, Avaliação em Saúde, Atenção Primária, sem a restrição de idioma, data ou país de publicação como critérios de inclusão. A pesquisa inicial do banco de dados retornou 39 artigos. Isso foi reduzido para 35 após a remoção de duplicatas. Outros 27 artigos foram excluídos após a revisão dos títulos e resumos para elegibilidade. As versões em texto completo foram recuperadas em oito, dos quais três eram elegíveis para inclusão. Combinando todas essas variáveis, a partir do suporte da base de evidências, entende-se que esta etapa, trouxe maior robustez e confiabilidade na criação do modelo teórico.

Etapa 2. Investigação exploratória do Modelo Teórico com os membros do painel de especialista

Os participantes foram contatados online via e-mail e por telefone, a fim de realizar o convite para participarem do estudo, bem como, o seu objetivo e agendamento do primeiro encontro, conforme a disponibilidade de todos. Ao total foram convidados quatro participantes.

Mas, pela indisponibilidade de horário de um dos participantes, somente três concordaram em participar do primeiro momento do painel de especialista.

Etapa 3. Validação de Face do Modelo Teórico

Foi enviado on-line via e-mail a proposta do estudo, juntamente com o modelo teórico para uma avaliação prévia dos membros, considerando os seguintes domínios:

- **Domínio 1:** as informações que incluíam as dimensões do modelo teórico;
- **Domínio 2:** considerou se o modelo teórico teria aplicabilidade para ser reproduzido na prática como base de constructo do painel de indicadores.

4.2. Critérios de Elegibilidade e Método de Amostragem

Uma amostra intencional de participantes foi selecionada para fazer parte do painel de especialistas. Foram convocados especialistas que atuaram na APS, aqueles que trabalham com a temática de Avaliação em Saúde ou Atenção Primária. Posteriormente, foram selecionados os especialistas das seguintes áreas: Medicina de Família e Comunidade (MCF) (1), Enfermagem de Família e Comunidade (1), Saúde Pública (1), Odontólogo de Família e Comunidade (1) respeitando-se os critérios de inclusão e a variação mínima para compor o painel de 3 a 20 profissionais (GRANT e DAVIS, 1997). Desta forma, a seleção dos profissionais deu-se através da especialização acadêmica (Mestre ou Doutor), ampla experiência clínica na APS, ter publicações acadêmicas sobre Avaliação em Saúde e/ou APS e conhecer a metodologia que envolve a pesquisa na construção de um modelo teórico e de um painel de indicadores. Cabe ressaltar que, o painel de especialista iniciou com três membros para o primeiro momento e na segunda convocação foi inserido mais um membro odontólogo de Família e Comunidade para a etapa de seleção dos indicadores, totalizando em quatro membros convidados e uma recusa (GRANT e DAVIS, 1997; ALEXANDRE e COLUCI, 2011).

4.3. Desenvolvimento do Modelo Teórico e os Resultados

O Modelo Teórico foi desenvolvido em uma única rodada, sendo executado no Município do Rio de Janeiro em agosto de 2019. Nesse primeiro momento foi realizado

uma reunião presencial com os membros do painel de especialista, no qual, foi dialogado sobre o Modelo Teórico e feito uma análise criteriosa das três dimensões que o constituía: a Estrutura, o Processo e o Resultado, assumindo um complexo desafio de escolha. Para este momento foi desenvolvido os seguintes passos (TAMAKI, et al, 2012):

- Apresentação do modelo pela pesquisadora ao membro;
- Assinatura da declaração de aceite em participar do painel de especialista;
- Exposição das ideias dos especialistas sobre o Modelo Teórico;
- Anotação das ideias e sugestões para a melhoria do Modelo Teórico.

Os participantes iniciais desta etapa de validade de face realizaram a recomendação de utilizar nesta pesquisa, apenas, uma das dimensões propostas no Modelo Teórico, a dimensão "Processo", tendo uma taxa de 100% de concordância entre os participantes. Em uma busca simples na biblioteca Eletrônica Online – SCIELO, observou-se que, utilizando a combinação dos descritores: indicadores de estrutura, indicadores de processo e indicadores de resultado, obteve-se uma amostra de setenta artigos que tinham relação com a atenção primária, e destes, somente seis abordavam indicadores de processos.

Segundo Danabedian (1978), os estudos que se baseiam apenas na dimensão estrutura são pouco considerados pelo o autor, em vista da insuficiência na representação dos dados. Além disso, reforça que a tríade correlacionada traz mais robustez para a análise de indicadores e sustentação para avaliação nos serviços de saúde. Tradicionalmente, as dimensões estrutura e resultado são as mais utilizadas para o monitoramento e avaliação por gestores. Diante disso, esta pesquisa considerou a sugestão do painel de especialista pertinente, quanto ao dar enfoque a dimensão de processo, em vista da sua pouca exploração no cotidiano e nos estudos científicos.

Nesse sentido, o processo de Validação do Modelo Teórico, incluindo diferentes áreas de conhecimento no processo avaliativo possibilitou uma aproximação do contexto da pesquisa sob múltiplos olhares e opiniões, permitindo uma análise crítica do modelo construído e dando subsídios para as etapas posteriores, a seleção dos indicadores. Acredita-se que, uma postura ética-política que se propõem a incluir diferentes atores em diversos momentos da pesquisa, faz-nos criar espaços ativos de

escuta e reflexão. Em síntese, amplia determinados saberes através do próprio processo avaliativo (CAMPOS, et al, 2010).

4.4. Modelo Teórico do Painel e seu Conceito de Constructo

Para guiar a construção do modelo teórico torna-se oportuno uma análise sistêmica a partir de dimensões de avaliação em saúde, medidas e determinados indicadores para a avaliação e monitoramento de processos. Além do enfoque nos custos e na busca de atingir maior eficiência.

Segundo Tamaki et al (2012), o autor recomenda que na prática da gestão estejam incluídas de forma transparente a complexidade de suas intervenções e ações, bem como, a logística relacionada ao seu processamento em sistemas de saúde.

Dessa forma, foram elaborados dois modelos, conforme Figura 6 e Figura 7, que pudessem agregar a complexidade de gerir, avaliar e monitorar os serviços de saúde existentes no MRJ considerando as suas diferenças, quais sejam: oferta, demanda e oferta vinculado às necessidades da população, a estrutura, o processo e os resultados, conforme é proposto a tríade pelo autor Donabedian (1988) para a avaliação dos serviços e sistemas de saúde. Além disso, um modelo que seja constituído de elementos efetivos capazes de participarem de processos na tomada de decisão (TAMAKI et al, 2012).

O desenvolvimento de um Modelo Teórico é parte essencial de uma proposta de avaliação, pois é o desenho de um esquema visual que apresentará a dedução do modelo-objeto com a sua representação conceitual e a relação entre os componentes que se constitui (HARTZ, 1999). Isto, favorece em expor a complexidade do sistema e o seu funcionamento, no que inclui, as dimensões ou a classificação avaliativa, o público alvo, os seus contextos e quais os atributos essenciais que devem constituir para atingir os resultados esperados (MEDINA et al, 2005).

4.4.1 Tríade Donabedian

Em artigo publicado em 1978, o autor Donabedian afirma que, a abordagem para a avaliação dos serviços elegem-se dois pilares: primeiro refere-se ao desempenho técnico com foco em maximizar os benefícios de forma segura e reduzir

o máximo de risco possível na assistência prestada ao indivíduo, e, por conseguinte, a relação profissional com o sujeito, de forma ética e com normas sociais que caminhem para satisfação das necessidades de saúde. Portanto, segundo o autor a **dimensão estrutura** é caracterizada por elementos que estão diretamente ligados ao cuidado prestado, podendo subdividir-se em **estrutura física e organizacional**.

A estrutura física avalia o desempenho técnico, a qualificação e perfil profissional, a capacitação profissional, as características das instalações físicas considerando os insumos, materiais, mobiliários e informática, de forma que estes, sejam dimensionados de acordo com a necessidade de oferta e demanda dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1978; REIS et al, 1990). Já a **estrutura organizacional** está relacionada com a adequação das normas e diretrizes vigentes, e critérios técnicos estabelecidos por estudos baseados em evidências.

A **dimensão processo** relaciona-se com a avaliação dos efeitos atribuídos ao cuidado prestado, recebido ou não dos serviços de saúde para o indivíduo ou de determinada população (DONABEDIAN, 1978; REIS et al, 1990). E por último, mas não menos importante a **dimensão resultado** que representa o efeito da relação entre a dimensão de estrutura e de processo, no qual, metodologicamente mede a modificação do estado de saúde do indivíduo ou de determinada população a partir do contato ou não dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1978). Esses resultados podem ser categorizados como: comportamental, experimental, clínico ou financeiro (DONABEDIAN, 1978). Por exemplo, mudança no indicador de mortalidade materna, a satisfação do usuário, ou a diminuição de internações por condições sensíveis à APS. Na avaliação do resultado é essencial a relação entre a tríade, afim de identificar a causa das diferenças encontradas entre uma dimensão e outra, para que se possa otimizar e aperfeiçoar melhor o uso dos recursos, redimensionar, reavaliar as intervenções e planejamento, com intuito do alcance de seus objetivos e na busca da eficiência. Caso essas dimensões sejam analisadas de forma isolada, o Donabdian, reforça a insuficiência de representação dos dados, assim prejudicando a avaliação de serviços ou sistemas de saúde (DONABEDIAN, 1978; REIS et al, 1990; GROSSBART e AGRAWAL, 2012; TANAKA 2011).

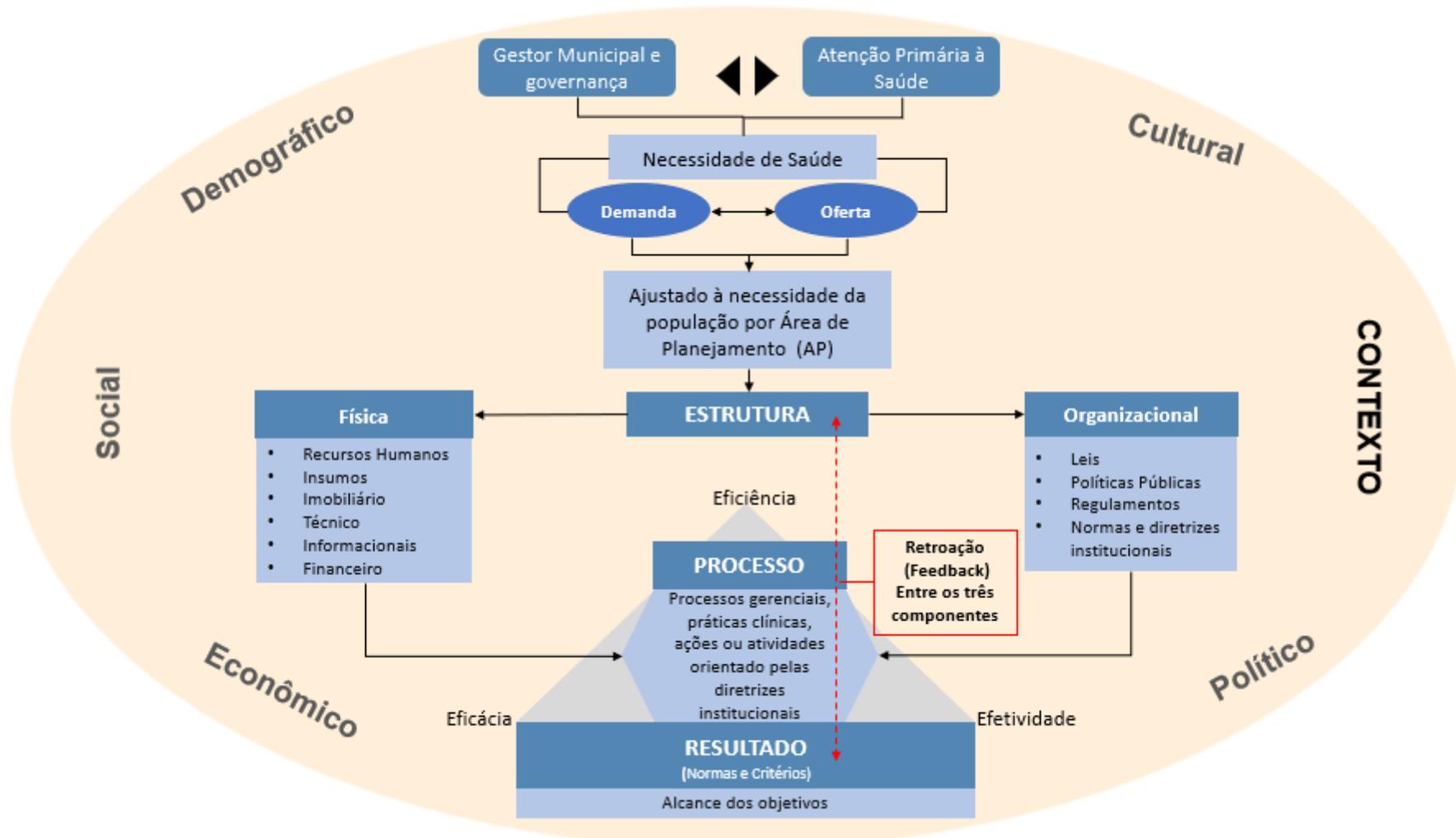


Figura 6 - Modelo Teórico 1 – Unidade de Saúde no modelo de Estratégia de Saúde da Família - Fonte: Criado pela autora com base nos autores Donabedian, 1980; Tamaki et al, 2012.

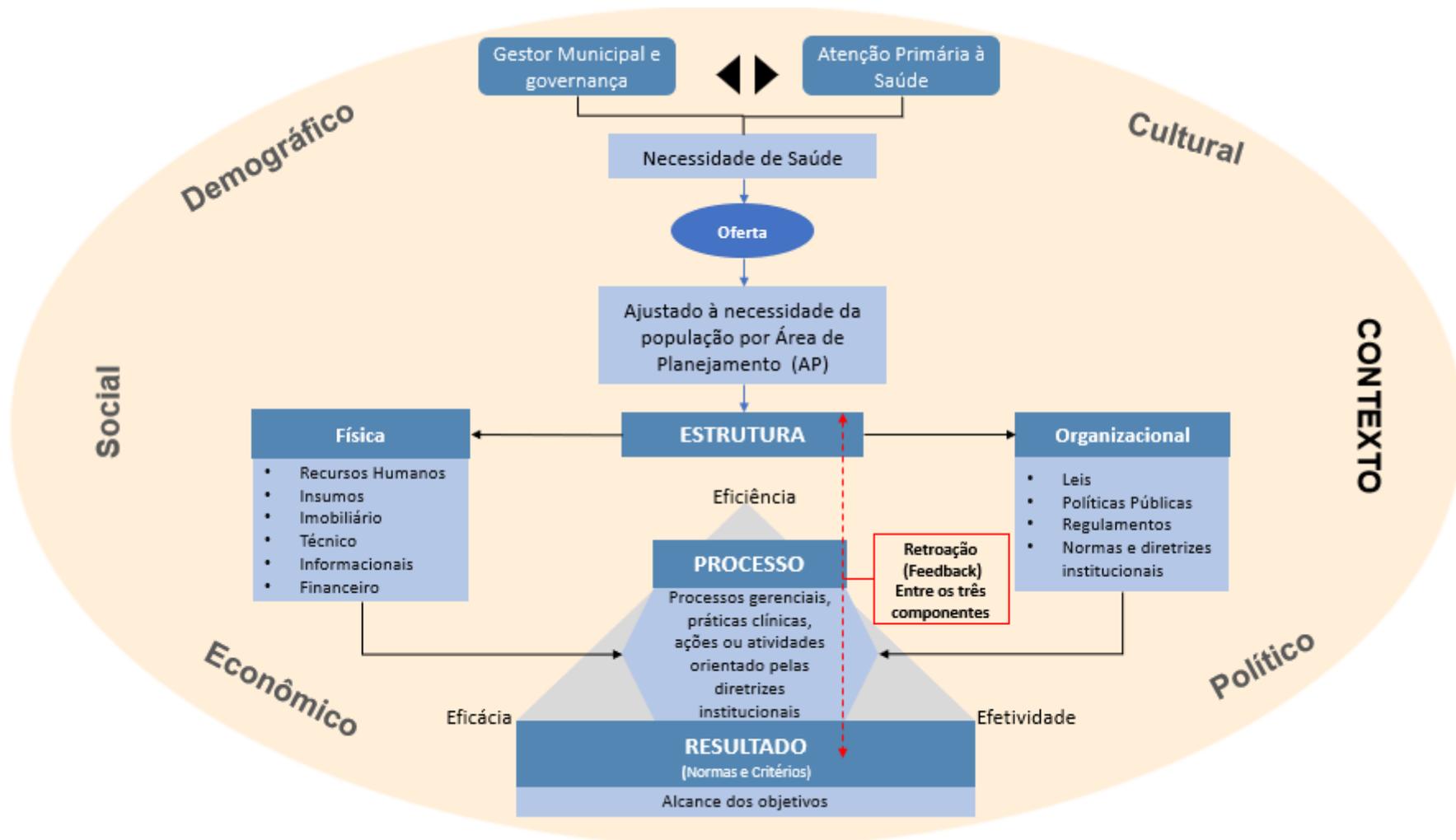


Figura 7 - Modelo Teórico 2 – Unidade de Saúde no modelo de Centro Municipal de Saúde - Fonte: Criado pela autora com base nos autores Donabedian, 1980; Tamaki et al, 2012.

4.5. Definição dos indicadores do Painel e a sua relevância

O desenvolvimento de ferramentas e a sua incorporação no cotidiano da gestão pode simplificar processos, e ao mesmo tempo, ajudar a direcionar intervenções e estratégias relacionadas às condições de saúde, a gestão dos recursos, a satisfação de usuários e trabalhadores do sistema (TANAKA, 2016). Paralelamente, exige medidas simples para uma análise ágil e tomada de decisão, entretanto, entende-se que a seleção de um rol de indicadores relevantes e válidos, é uma tarefa complexa em todo o seu processo de escolha, do processamento e da análise (TAMAKI et al, 2012).

Nesta etapa da pesquisa, a forma de classificação dos indicadores foi através de um compilado de indicadores que compõem os Painéis institucionais do MRJ, quais são: Indicadores de Desempenho da APS e Serviço de Vigilância em Saúde; PPA e SISPACTO, totalizando em 153 indicadores. Após organizar, analisar e realizar o tratamento dos indicadores retirando as duplicidades chegou ao total de 143. Posteriormente, todos foram categorizados com as dimensões de estrutura, processo e resultado e, em seguida, foram selecionados, apenas, aqueles com a 'dimensão processo', totalizando 27 indicadores.

Os especialistas da etapa anterior foram convocados novamente, e acrescido mais um especialista com formação em odontologia, conforme citado no item 4.2 de critério de elegibilidade. Portanto, o painel de especialista para esta etapa totalizou de quatro convites, porém não se obteve retorno de um dos convidados. Os membros responderam a um questionário on-line construído através do Formulários Google, que possibilita a organização dos dados coletados em planilha eletrônica do Excel®, que agregou em uma pré-seleção de 26 indicadores de saúde relacionados à dimensão de processo e selecionaram os indicadores conforme o critério da

Tabela 9 – Critério para seleção de indicador.

| Categoria | Descrição | Definição |
|-------------------|--|---|
| Relevância | O indicador reflete aspectos importantes para a performance da atenção primária. | Consistente com a estrutura conceitual responsável pelas intervenções na APS. |

O objetivo do formulário foi de que os especialistas indicassem o grau de relevância dos indicadores baseada em uma avaliação crítica de suas propriedades, e não simplesmente na tradição do seu uso. De forma individual, os especialistas atribuíram um grau de relevância a cada um dos indicadores por meio de respostas de múltipla escolha, seguindo a escala de tipo Likert: Certamente relevante: 4; Necessita de pequena revisão para ser relevante: 3; Necessita de grande revisão para ser relevante: 2 e Não relevante: 1. Nos casos que atribuísem ‘Não relevante’, uma justificativa era solicitada para resposta em campo aberto. Além disso, ao final do formulário havia um campo aberto para dar a possibilidade de inserir sugestões de outros indicadores de processo e que fossem relevantes de compor o Painel de Indicadores da APS. Para medir a proporção de especialistas que estavam em concordância sobre a relevância dos indicadores presentes no instrumento, utilizou-se o IVC, no qual, calculou a proporção ou porcentagem de membros do painel, que estão em concordância sobre o grau de relevância dos indicadores. A utilização desta medida deve-se considerar como uma taxa aceitável a concordância de 90% entre os membros do painel. Para o instrumento como um todo, dividiu-se o número total de itens considerados relevantes (3 ou 4) pelo número total de itens. Portanto, para serem considerados válidos devem obter o parâmetro de escore no valor de ≥ 0.80 (ALEXANDRE E COLUCI, 2011).

As justificativas dos participantes foram agrupadas por semelhança e pertinência, a fim de potencializar a discussão e dar aporte para a validação de face. Não foi realizada análise qualitativa das justificativas.

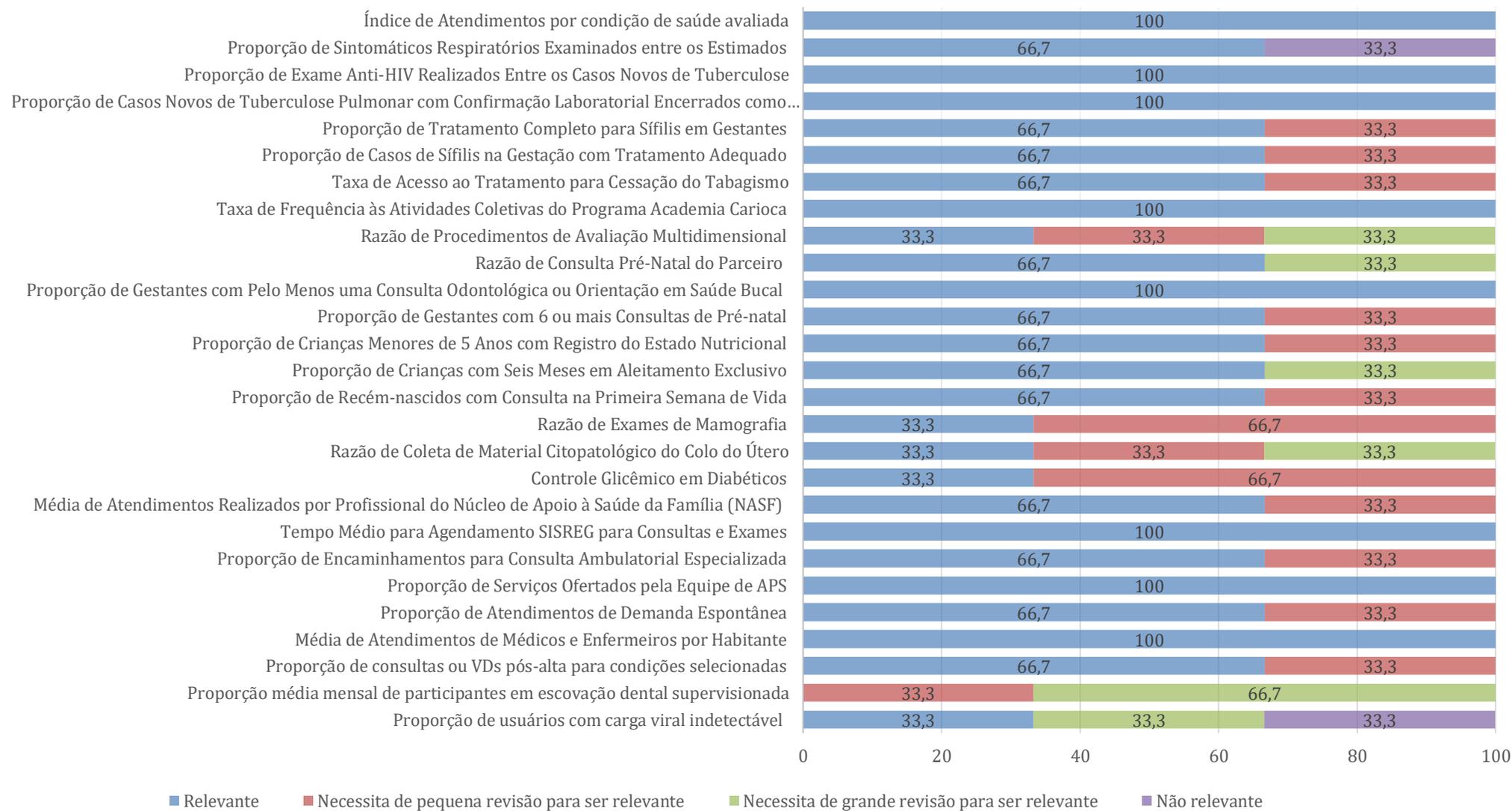


Figura 8 Concordância, segundo o IVC, entre os membros do painel de especialista para a relevância dos indicadores (N=3).

Na Figura 9 apresenta-se as proporções de concordância para cada indicador a partir do julgamento do painel de especialista. Dentre os 27 indicadores, 6 foram avaliados como **relevantes** por todos os membros do painel: Média de Atendimentos de Médicos e Enfermeiros por Habitante, Tempo Médio para Agendamento SISREG para Consultas e Exames, Proporção de Gestantes com Pelo Menos uma Consulta Odontológica ou Orientação em Saúde Bucal, Taxa de Frequência às Atividades Coletivas do Programa Academia Carioca, Proporção de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar com Confirmação Laboratorial Encerrados como Cura e Proporção de Exame Anti-HIV Realizados Entre os Casos Novos de Tuberculose. Os indicadores que foram julgados como **Necessita de pequena revisão** foram 15: Proporção média mensal de participantes em escovação dental supervisionada, Proporção de consultas ou VDs pós-alta para condições selecionadas, Proporção de Atendimentos de Demanda Espontânea, Proporção de Serviços Ofertados pela Equipe de APS, Proporção de Encaminhamentos para Consulta Ambulatorial Especializada, Média de Atendimentos Realizados por Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Controle Glicêmico em Diabéticos, Razão de Coleta de Material Citopatológico do Colo do Útero, Razão de Exames de Mamografia, Proporção de Recém-nascidos com Consulta na Primeira Semana de Vida, Proporção de Crianças Menores de 5 Anos com Registro do Estado Nutricional, Proporção de Gestantes com 6 ou mais Consultas de Pré-natal, Razão de Procedimentos de Avaliação Multidimensional, Taxa de Acesso ao Tratamento para Cessação do Tabagismo, Proporção de Casos de Sífilis na Gestação com Tratamento Adequado e Proporção de Tratamento Completo para Sífilis em Gestantes. Já os indicadores que foram julgados como **Necessita de grande revisão para ser relevante** foram 6 (seis): Proporção de usuários com carga viral indetectável, Proporção média mensal de participantes em escovação dental supervisionada, Razão de Coleta de Material Citopatológico do Colo do Útero, Proporção de Crianças com Seis Meses em Aleitamento Exclusivo, Razão de Consulta Pré-Natal do Parceiro, Razão de Procedimentos de Avaliação Multidimensional e Proporção de Sintomáticos Respiratórios Examinados entre os Estimados. Ressalta-se que, somente um indicador obteve o julgamento de **não relevante** foi a 'Proporção de usuários com carga viral indetectável'. Destaca-se a justificativa apontada:

“[...] A descentralização do acompanhamento HIV pela APS ainda enfrenta tensões e desafios, não é obrigatória, muitos não acompanham na APS, o que diminui o denominador - para o numerador, depende de recursos laboratoriais e de registro em prontuário (tornando o indicador talvez complexo).”

Dentre as sugestões de incorporar novos indicadores aponta-se algumas falas, e que de modo geral, diz respeito aos indicadores de acompanhamento da criança recém-nascida, do diabético, do HIV, do pré-natal, de sífilis e de saúde bucal. Um dos membros do painel sugere a incorporação de outros indicadores para o acompanhamento de saúde bucal:

“Gostaria de sugerir indicadores relacionados ao acesso à saúde bucal, correlacionado demanda espontânea x demanda programada. E correlacionar à gestante não apenas a primeira consulta odontológica programática (a qual confere capacidade de oferta de acesso, porém não denota qualidade e capacidade instalada de acompanhamento e vigilância desta usuária quando gestante - absenteísmo sempre muito alto, apesar de bons resultados de acesso com primeira consulta).”

Outro indicador criticado é o de Controle Glicêmico, conforme destaca-se a fala de um dos membros:

“se a ideia é avaliar processo, o indicador isolado de Índice glicêmico diz pouco sobre isso. Acho que valeria associar indicador de avaliação do pé diabético, acompanhamento nutricional, VD.”

Em relação ao indicador que mede a Proporção de Gestantes com 6 ou mais Consultas de Pré-natal, uma das sugestões é de que:

“para avaliar processo além desse indicador é preciso saber se na consulta foi feito o que se preconiza. Portanto, minha sugestão seria incluir a realização dos exames de acordo com o período gestacional, as avaliações de pressão arterial, altura uterina, BCF, Testes rápidos...etc.”

Quanto aos indicadores de Proporção de Casos de Sífilis na Gestação com Tratamento Adequado e Proporção de Tratamento Completo para Sífilis em Gestantes, os mesmos receberam sugestões de:

“acho que precisa definir melhor a sutileza entre tratamento adequado e tratamento completo. Além disso, considerando as taxas de sífilis no estado, acho importante incluir outros indicadores sobre sífilis como tratamento do parceiro, número de Vd's realizadas, realização dos exames de acompanhamento para

taxação do VDRL...enfim...informações que nos orientem sobre o processo e sobre onde planejar melhor intervenções de saúde. ”

E por fim, o indicador de Proporção de Recém-nascidos com Consulta na Primeira Semana de Vida, para aprimorar a sua medida um dos membros do painel sugere: *“talvez incluir realização do teste do pezinho e imunizações? Item 15- acho que vale também o registro de desenvolvimento neuro-psico-motor. Nem todo mundo faz direito e leva isso com seriedade. E o diagnóstico precoce é essencial”*.

4.6. Validade de conteúdo dos indicadores

Na avaliação geral, dezesseis (16) dos 27 indicadores obtiveram escore de IVC ≥ 0.80 (tabela1). O IVC do instrumento como um todo foi de 0,851. Esse resultado caracteriza a validação de seu conteúdo. Os indicadores que obtiveram menor IVC foram a ‘Proporção de usuários com carga viral indetectável’, ‘Proporção média mensal de participantes em escovação dental supervisionada’, ‘Razão de Coleta de Material Citopatológico do Colo do Útero’, ‘Proporção de Crianças com Seis Meses em Aleitamento Exclusivo’, ‘Proporção de Crianças Menores de 5 Anos com Registro do Estado Nutricional’, ‘Proporção de Gestantes com 6 ou mais Consultas de Pré-natal’, ‘Razão de Consulta Pré-Natal do Parceiro’, ‘Razão de Procedimentos de Avaliação Multidimensional’ e ‘Proporção de Sintomáticos Respiratórios Examinados entre os Estimados’. Dezesseis indicadores obtiveram IVC máximo: ‘Proporção de consultas ou VDs pós-alta para condições selecionadas’, ‘Média de atendimentos de Médicos e Enfermeiros por Habitante’, ‘Proporção de atendimentos de Demanda Espontânea’, ‘Proporção de Serviços Ofertados pela Equipe de APS’, ‘Proporção de Encaminhamentos para Consulta Ambulatorial Especializada’, ‘Tempo Médio para Agendamento SISREG para Consultas e Exames’, ‘Média de atendimentos Realizados por Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)’, ‘Controle Glicêmico em Diabéticos’, ‘Razão de Exames de Mamografia’, ‘Proporção de Recém-nascidos com Consulta na Primeira Semana de Vida’, ‘Proporção de Gestantes com Pelo Menos uma Consulta Odontológica ou Orientação em Saúde Bucal’, ‘Taxa de Frequência às Atividades Coletivas do Programa Academia Carioca’, ‘Taxa de Acesso ao Tratamento para Cessação do Tabagismo’, ‘Proporção de Casos de Sífilis na Gestação com Tratamento Adequado’, ‘Proporção de Tratamento Completo para Sífilis em Gestantes’, ‘Proporção de Casos Novos de

Tuberculose Pulmonar com Confirmação Laboratorial Encerrados como Cura’, ‘Proporção de Exame Anti-HIV Realizados Entre os Casos Novos de Tuberculose’, ‘Proporção de Tratamento Completo para Sífilis em Gestantes’, ‘Proporção de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar com Confirmação Laboratorial Encerrados como Cura’, ‘Proporção de Exame Anti-HIV Realizados Entre os Casos Novos de Tuberculose’.

Tabela 10 – O IVC do Instrumento de Avaliação da APS, distribuído por indicadores de saúde, dimensão processo e número de especialistas que atribuíram os conceitos de ‘relevante’ ou ‘necessita de revisão para ser relevante’.

| Dimensão | Indicador | IVC | Especialistas que atribuíram os conceitos <u>relevante</u> ou <u>necessita de pequena revisão para ser relevante</u> (N= 3) | |
|-----------------|-----------|--|---|---|
| Processo | 1 | Proporção de usuários com carga viral indetectável | 0,333 | 3 |
| | 2 | Proporção média mensal de participantes em escovação dental supervisionada | 0,333 | 1 |
| | 3 | Índice de Atendimentos por condição de saúde avaliada | 1,00 | 3 |
| | 4 | Média de Atendimentos de Médicos e Enfermeiros por Habitante | 1,00 | 3 |
| | 5 | Proporção de Atendimentos de Demanda Espontânea | 1,00 | 3 |
| | 6 | Proporção de Serviços Ofertados pela Equipe de APS | 1,00 | 3 |
| | 7 | Proporção de Encaminhamentos para Consulta Ambulatorial Especializada | 1,00 | 3 |
| | 8 | Tempo Médio para Agendamento SISREG para Consultas e Exames | 1,00 | 3 |
| | 9 | Média de Atendimentos Realizados por Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) | 1,00 | 3 |
| | 10 | Controle Glicêmico em Diabéticos | 1,00 | 3 |

| | | | |
|------------------|--|--------------|---|
| 11 | Razão de Coleta de Material Citopatológico do Colo do Útero | 0,667 | 2 |
| 12 | Razão de Exames de Mamografia | 1,00 | 3 |
| 13 | Proporção de Recém-nascidos com Consulta na Primeira Semana de Vida | 1,00 | 3 |
| 14 | Proporção de Crianças com Seis Meses em Aleitamento Exclusivo | 0,667 | 2 |
| 15 | Proporção de Crianças Menores de 5 Anos com Registro do Estado Nutricional | 0,667 | 2 |
| 16 | Proporção de Gestantes com 6 ou mais Consultas de Pré-natal | 1,00 | 2 |
| 17 | Proporção de Gestantes com Pelo Menos uma Consulta Odontológica ou Orientação em Saúde Bucal | 1,00 | 3 |
| 18 | Razão de Consulta Pré-Natal do Parceiro | 0,667 | 3 |
| 19 | Razão de Procedimentos de Avaliação Multidimensional | 0,667 | 3 |
| 20 | Taxa de Frequência às Atividades Coletivas do Programa Academia Carioca | 1,00 | 3 |
| 21 | Taxa de Acesso ao Tratamento para Cessação do Tabagismo | 1,00 | 3 |
| 22 | Proporção de Casos de Sífilis na Gestação com Tratamento Adequado | 1,00 | 3 |
| 23 | Proporção de Tratamento Completo para Sífilis em Gestantes | 1,00 | 3 |
| 24 | Proporção de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar com Confirmação Laboratorial Encerrados como Cura | 1,00 | 3 |
| 25 | Proporção de Exame Anti-HIV Realizados Entre os Casos Novos de Tuberculose | 1,00 | 3 |
| 26 | Proporção de Sintomáticos Respiratórios Examinados entre os Estimados | 0,667 | 3 |
| 27 | Proporção de consultas ou VDs pós-alta para condições selecionadas | 0,333 | 3 |
| IVC Total | | 0,851 | |

4.7. Painel de Monitoramento e Avaliação da APS

A tabela 11, apresenta os indicadores segundo a dimensão processo, destacando a sua subdimensão, objetivo, fonte e memória de cálculo. A análise do painel de indicadores deve ser orientada para estabelecer a relação dos elementos que constituem o modelo teórico da Figura 6 e 7. Para cada subdimensão foram selecionados indicadores que permitissem analisar aspectos ligados ao processo de cuidado em saúde executados pelas equipes de APS. Obteve-se assim, um conjunto de indicadores que quando analisados em sua totalidade permitam o monitoramento e a avaliação pela gestão. Além disso, que consiga caracterizar um certo problema, compreender o contexto que está envolvido, bem como, transformar soluções para a tomada de decisão oportuna e objetiva (LIMA, 2015). Cabe destacar que, é necessário a busca de novas informações para explicar o mesmo problema encontrado, pois o indicador de forma isolada é insuficiente para justificá-lo (TAMAKI et al, 2012).

Tabela 11 - Painel de Monitoramento e Avaliação da APS, Fonte: criado pela autora com base nos instrumentos, do Painel de Desempenho da APS, Painel de Serviço de Vigilância em Saúde; Instrumentos de Contrato de Gestão do MRJ (2019); Plano Plurianual (PPA) (2020 – 2023) e Pactuação Interfederativa de Indicadores (SISPACTO) (2019 – 2020).

| Subdimensão | Indicador | Dimensão: Processo Objetivo | Fonte | Forma de cálculo |
|---|--|---|-------|--|
| Acesso e continuidade do cuidado | Média de atendimentos de Médicos e Enfermeiros por Habitante | Medir o acesso aos atendimentos médicos e de enfermagem por habitante | SISAB | Número de atendimentos médicos e de enfermagem / População cadastrada |
| Acesso e continuidade do cuidado | Proporção de atendimentos de Demanda Espontânea | Medir a capacidade de acesso à agenda e oferta de atendimentos no mesmo dia | SISAB | Número de consultas no dia + número de atendimentos de urgência / Número total de atendimentos x 100 |

| | | | | |
|---|--|---|------------------------|---|
| Acesso e continuidade do cuidado | Proporção de Serviços Ofertados pela Equipe de APS | Medir a oferta de serviços da Atenção Primária à população | SISAB | Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe/ Total de ações e serviços esperados pela equipe de Atenção Primária x 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Tempo Médio para Agendamento SISREG para Consultas e Exames | Medir a eficiência do processo de autorização de consultas na Atenção Primária para vagas disponíveis no SISREG | SISREG | Intervalos entre datas de agendamento e solicitação / Número de solicitações agendadas |
| Acesso e continuidade do cuidado | Razão de Exames de Mamografia | Medir o acesso à mamografia de rastreamento entre mulheres de 50 a 69 anos | SISMAMA IBGE IPP | Número de mamografias solicitadas rastreamento na faixa etária de 50 a 69 anos residentes em dado local e período / Metade da população feminina nesta faixa etária no respectivo local e ano |
| Acesso e continuidade do cuidado | Proporção de usuários com carga viral indetectável | Medir o acesso para o tratamento do HIV na APS | SISCEL | Número de usuários com carga viral indetectável / Número de usuários que realizaram exame de carga viral no período * 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Média mensal de participantes em escovação dental supervisionada | Medir a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando a prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal | SISAB | Número de participantes em escovação dental supervisionada 12 meses/ População cadastrada x 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Média de Atendimentos Realizados por Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) | Medir a produção de atendimentos de profissionais do NASF em relação às | SISAB SCNES | Total de atendimentos individuais + Total de atendimentos compartilhados + Total de atendimentos domiciliares + Total de |

| | | | | |
|---|--|--|-------|---|
| | | necessidades da população e das equipes de saúde | | atendimento em grupo / Carga horária total da equipe NASF/40 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Proporção de Recém-nascidos com Consulta na Primeira Semana de Vida | Medir o acesso do atendimento em tempo oportuno ao recém-nascidos | SISAB | Número de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida / Número total de recém-nascidos cadastrados x 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Proporção de Crianças com Seis Meses em Aleitamento Exclusivo | Medir o quantitativo de crianças em aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade | SISAB | Número de crianças com seis meses completos em aleitamento materno exclusivo / Número total de crianças com seis meses completos cadastradas x 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Proporção de Crianças Menores de 5 Anos com Registro do Estado Nutricional | Medir o estado nutricional de crianças menores de 5 anos | SISAB | Número de crianças menores de 5 anos com registro do estado nutricional / Número total de crianças menores de 5 anos cadastradas x 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Proporção de Gestantes com 6 ou mais Consultas de Pré-natal | Medir o acesso de gestantes ao cuidado do pré-natal na APS | SISAB | Número de mulheres que encerraram o pré-natal com 6 ou mais consultas na área no período em análise / Número total de mulheres que encerraram o pré-natal no período em análise x 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Proporção de Gestantes com Pelo Menos uma Consulta Odontológica ou Orientação em Saúde Bucal | Medir o acesso à assistência odontológica durante a gestação | SISAB | Número de gestantes com pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal / Número de gestantes que encerraram o pré-natal X 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Razão de Consulta Pré-Natal do Parceiro | Medir o acesso ao pré-natal do parceiro | SISAB | Número de consultas pré-natal do parceiro / Número total de mulheres que encerraram o pré-natal no período em análise |
| Acesso e continuidade do cuidado | Razão de Procedimentos de Avaliação Multidimensional | Medir o acesso a identificação da pessoa idosa através da avaliação multidimensional para | SISAB | Número de procedimentos de Avaliação Multidimensional / Número de pessoas cadastradas com 60 anos ou mais |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| | | identificação de problemas e/ou riscos | | |
| Acesso e continuidade do cuidado | Taxa de Frequência às Atividades Coletivas do Programa Academia Carioca | Medir a frequência de participação da população nas atividades coletivas realizadas pelo Programa Academia Carioca. | SISAB | Número de participantes nas atividades coletivas do Programa Academia Carioca / Número total de população cadastrada na unidade x 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Taxa de Acesso ao Tratamento para Cessação do Tabagismo | Medir a identificação dos tabagistas avaliados para a cessação do tabagismo em relação a prevalência estimada de tabagistas na população | SISAB | Número de atendimentos com codificação de avaliação clínica do fumante / Pessoas cadastradas como tabagistas no cadastro individual x 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Proporção de Casos de Sífilis na Gestação com Tratamento Adequado | Medir o acesso ao tratamento da sífilis de forma adequada durante a gestação | SINAN | Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período com tratamento adequado / Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período x 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Proporção de Tratamento Completo para Sífilis em Gestantes | Medir a qualidade do tratamento de sífilis em gestantes | Planilha com os registros de dispensação de penicilina do Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) de cada unidade de saúde do município | Número de gestantes que realizaram tratamento adequado para a sífilis no período / Número total de gestantes que receberam tratamento para sífilis no período x 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Proporção de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar com Confirmação | Medir o êxito do tratamento de tuberculose | SINAN | Número de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura / Número total de |

| | | | | |
|--|--|---|---------------------|--|
| | Laboratorial Encerrados como Cura | | | casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados no período x 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Proporção de Exame Anti-HIV Realizados Entre os Casos Novos de Tuberculose | Medir o quantitativo de casos de tuberculose que foram testados para HIV | SINAN | Número total de casos novos de tuberculose residentes no município com exame anti-HIV realizado na unidade de saúde / Número de casos novos de tuberculose residentes no município diagnosticados na unidade de saúde X 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Proporção de Sintomáticos Respiratórios Examinados entre os Estimados | Medir a identificação precoce de casos bacilíferos entre os estimados | GAL | Número de usuários com exame de escarro para diagnóstico / Número esperado de Sintomáticos Respiratórios x 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Controle Glicêmico em Diabéticos | Medir o controle metabólico de pacientes diabéticos cadastrados na APS, visando alcançar o controle metabólico e reduzir complicações crônicas | SISAB e Laboratório | Número de diabéticos cadastrados da equipe com dosagem de hemoglobina glicada menor que 8% aferida nos últimos 6 meses / Número de diabéticos cadastrados x 100 |
| Acesso e continuidade do cuidado | Índice de Atendimentos por condição de saúde avaliada | Medir a relação entre a produção de atendimentos realizados de profissionais médicos e enfermeiros por condição de saúde avaliada, considerando o perfil epidemiológico da população cadastrada | SISAB | Atendimento Hipertensão + Atendimento Diabetes + Atendimento Obesidade / Pop x Coef Prev HAS + Pop x Coef Prev DM + Pop x Coef Prev Obes Pop = população cadastrada com 18 anos ou mais Coef Prev = HAS = 0,239; DM = 0,064; Obesidade = 0,231 |
| Abrangência da Oferta de Serviços | Razão de Coleta de Material Citopatológico do Colo do Útero | Medir a oferta de coleta do material citopatológico para o rastreamento do câncer de colo de útero | SISAB | Número de coletas de material citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos / Número de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas |

| | | | | |
|-----------------------|---|--|-------|---|
| | | pelas equipes de Atenção Primária | | |
| Resolutividade | Proporção de Encaminhamentos para Consulta Ambulatorial Especializada | Medir a resolutividade das equipes de atenção primária | SISAB | Número de encaminhamentos para consulta ambulatorial especializada / Número total de atendimentos médicos x 100 |

A autora Calazans (2008), comenta que, a informação está presente em diversos campos de atuação, desde o campo científico ao comercial, por exemplo. Ao remetermos o olhar para o campo da saúde e utilizarmos como referência sistemas de informações gerenciais dos serviços de saúde, é essencial que para a sua sobrevivência haja uma definição do produto, a medição, a análise e melhorias constantes para ir ao encontro com das necessidades da população, dos profissionais de saúde e gestores.

Na prática institucional o uso das informações acaba por se restringir ao diagnóstico e planejamento, ou simplesmente para emitir respostas às metas, e não, necessariamente para o seu monitoramento constante e permitir que haja uma retroação durante o percurso para oportunizar melhorias, segurança, aprimoramento ou mudanças nas estratégias. Ou seja, é pouco utilizado para a programação e organização de estratégias e ações em saúde. Além disso, é pouco usual a utilização de dados epidemiológicos para avaliação do serviço de saúde. Porém, ressalta-se que há uma diferença operacional entre sistemas de gerenciamento dos serviços de saúde e epidemiológica (ALMEIDA, 1995). A ideia dos sistemas de informações gerenciais dos serviços de saúde, traz a lógica sobre quantas, quais e onde foram produzidas as ações de saúde, por quem e a que custo operacional, tendo como base de extração dessas informações os dados produzidos pelos serviços de saúde locais. Já existem alguns estudos e iniciativas que apontam para a incorporação de indicadores epidemiológicos e sociais, porém umas das dificuldades encontradas são a sua compatibilização na agregação das informações existentes em diferentes sistemas (ALMEIDA, 1995).

É evidente a necessidade de construir metodologias que permitam compreender melhor as intervenções promovidas e priorizadas pela gestão pública, por intermédio do monitoramento e avaliação. Nessa direção, há o desafio de apreendermos que um mesmo programa poderá ter diferentes resultados, quando levado em consideração as condições do contexto (TAMAKI et al, 2012). Desta forma, a APS é a base estrutural para que a RAS opere com maior qualidade e eficiência. E para isto, é essencial que no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família sejam cumpridos os seus atributos: o primeiro contato dos usuários com o profissional de saúde e acesso a diferentes grupos populacionais, o cuidado integral e de forma contínua durante todos os ciclos de sua vida, e que coordene o percurso do usuário a outros serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, sendo responsável pela

gestão do cuidado com foco na família e na comunidade, reconhecendo a influência cultural na saúde e no processo do adoecer (STARFIELD, 1992).

Os resultados obtidos através do painel de especialistas, confirmaram que a maioria dos indicadores selecionados são medidas relevantes para o monitoramento e avaliação da APS.

Existem algumas lacunas que não foram abordadas pelos indicadores selecionados, mas que influenciam nos cuidados primários e representam desafios variados, como a promoção da saúde, atividades educativas, cuidados paliativos, a transição demográfica com aumento de idosos e Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (PAZ et al, 2016), Saúde Mental, violência, o Álcool e outras Drogas, Imunização, Puerpério, Arboviroses, o cuidado à Síndrome da ZIKA e STORCH que conta com ações pactuadas entre gestores municipais no Plano Estadual de enfrentamento da Síndrome Congênita da ZIKA e STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes Simples), pessoas com deficiência, o processo de acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família, os Territórios Sociais, População em Situação de Rua e população LGBTQIA+.

Outras considerações que se somam para medir uma APS de qualidade estão ligadas a governança, a confiança no sistema de saúde, a comunicação e inovação tecnológica da informação, maior investimento na telemedicina, a incorporação de dados qualitativos e epidemiológicos. Entende-se que, o esforço necessário deve ser canalizado na busca de melhores medidas, reduzindo o uso de indicadores irrelevantes ou que não são associáveis para medir o desempenho da APS, juntamente com o cumprimento dos seus atributos (VEILLARD, 2017).

Nesse contexto, ressaltamos que a maioria dos indicadores estão relacionados com a subdimensão acesso/continuidade do cuidado. O acesso e a continuidade do cuidado são duas medidas reconhecidas internacionalmente que mensuram a qualidade do acesso do usuário na APS (ROCHA, BOCCHI e GODOY, 2015). E como exemplo, podemos citar a experiência do Reino Unido em 2002, o *National Health System (NHS)* estabelece o parâmetro de 24 horas como prazo para o usuário ser atendido por um profissional de saúde, e de 48 horas como prazo para ser atendido por um clínico geral. E posteriormente, desenvolveram um Plano de Melhoria para o acesso, visando a garantia de atendimento em tempo oportuno e contínuo para o acesso da população. A atenção primária passa por uma transição de modelo de

cuidado importante, sendo necessário a revisão de suas medidas também (KONTOPANTELIS; ROLAND e REEVES, 2010).

No entanto, conforme discutido anteriormente, faz-nos questionar se o rol de indicadores que já são utilizados a partir de instrumentos de gestão ou através de seleção de indicadores apontados como prioridades pela gestão do MRJ, são suficientes para o monitoramento e avaliação da APS no MRJ? Estes, possuem em suas propriedades a validade e sensibilidade para monitorar e avaliar a qualidade e eficiência, destacando os bolsões de desigualdades e características demográficas em populações mais vulneráveis?

Frente a isto, nos cabe refletir que a fome, a pobreza, o baixo rendimento escolar, a violência, questões de saúde mental, barreiras no acesso aos serviços de saúde, entre outras iniquidades acabam disputando o seu lugar de prioridade na agenda de políticos e governantes. Em outras palavras, é preciso utilizar indicadores de diferentes naturezas e propriedades com medidas que apontem os problemas sociais e de saúde. Desmembrando-se no diagnóstico, na análise, no planejamento e execução de ações para a melhoria das condições de saúde da população (JANUZZI, 2017).

4.8. Qualidade dos Indicadores de Saúde

A qualidade da composição dos indicadores é um componente essencial para desenvolver medidas válidas e sensíveis. Nota-se que o indicador de Média de Atendimentos Realizados por Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atribui um mesmo valor para todas as variáveis que compõem a medida. Entretanto, as equipes Nasf realizam atividades que se diferenciam no número de ações e a sua periodicidade (Agenda Padrão Nasf, 2019). O PMAQ no 3º Ciclo em 2017, utilizou o Índice de atendimentos realizados pelo NASF para avaliar equipes Nasf na APS. Observa-se que o índice varia o peso em diferentes atividades, conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 12 – Ficha Técnica do Programa de Melhoria da Qualidade – Fonte: PMAQ (2017)

| INDICADOR | PESO |
|--|------|
| Média de atendimentos individuais registrado por profissional do NASF. | 0,15 |

| | |
|--|------|
| Média de atendimentos individuais domiciliares por profissional de NASF. | 0,25 |
| Média de atendimentos compartilhados por profissional de NASF. | 0,25 |
| Média de atendimentos em grupo por profissional de NASF. | 0,35 |

Nessas situações quando não é atribuído um peso ao indicador acaba por torná-lo numa estrutura igualitária de ponderação (JANNUZZI, 2017). Em contrapartida, ao atribuir um peso diferente para cada indicador, isto significa que é a variância que discernirá a capacidade do índice. O indicador utilizado pelo MRJ faz presumir a necessidade de uma revisão para o aprimoramento da medida e a sua validade de constructo (JANNUZZI, 2017).

Já os indicadores de Proporção de Tratamento Completo para Sífilis em Gestantes e Proporção de Casos de Sífilis na Gestação com Tratamento Adequado, os dois possuem uma característica ambígua em suas descrições tornando-os confusos. E nos fica a seguinte questão: o tratamento da sífilis não deveria ser completo e adequado ao mesmo tempo?

Abaixo, seguem duas tabelas referente aos dados de tratamento de sífilis em gestantes (Tabela 12 e 13). Nelas é possível comparar a utilização de duas fontes diferentes de informação para um mesmo indicador distribuído por AP no MRJ.

Tabela 13 – Proporção de tratamento completo para sífilis em gestantes, dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de janeiro a junho de 2019.

| AP | Total de gestantes por AP | Qtd. de gestantes que realizaram tratamento adequado para a sífilis. | Qtd. Gestantes que receberam tratamento p/ sífilis. | Proporção de tratamento completo para sífilis em gestantes. |
|-----|---------------------------|--|---|---|
| 1.0 | 608 | 106 | 129 | 82,1% |
| 2.1 | 683 | 63 | 71 | 88,7% |
| 2.2 | 321 | 22 | 25 | 88,0% |
| 3.1 | 2.834 | 224 | 261 | 85,8% |
| 3.2 | 1.535 | 146 | 150 | 97,3% |
| 3.3 | 2.461 | 284 | 311 | 91,3% |
| 4.0 | 2.305 | 334 | 355 | 94,1% |
| 5.1 | 3.307 | 226 | 277 | 81,6% |
| 5.2 | 3.485 | 205 | 238 | 86,1% |

| | | | | |
|------------------------|---------------|-------------|-------------|--------------|
| 5.3 | 1.829 | 177 | 196 | 90,3% |
| Total Município | 19.368 | 1830 | 2062 | 88,7% |

Tabela 14 - Proporção de tratamento completo para sífilis em gestantes, dados extraídos da Planilha Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF), no período de janeiro a junho de 2019.

| AP | Total de gestantes por AP | Qtd. de gestantes que realizaram tratamento adequado para a sífilis. | Qtd. Gestantes que receberam tratamento p/ sífilis | Proporção de tratamento completo para sífilis em gestantes |
|------------------------|---------------------------|--|--|--|
| 1.0 | 608 | 18 | 105 | 17,1% |
| 2.1 | 683 | 15 | 64 | 23,4% |
| 2.2 | 321 | 23 | 73 | 31,5% |
| 3.1 | 2.834 | 43 | 244 | 17,6% |
| 3.2 | 1.535 | 38 | 146 | 26,0% |
| 3.3 | 2.461 | 57 | 329 | 17,3% |
| 4.0 | 2.305 | 133 | 452 | 29,4% |
| 5.1 | 3.307 | 45 | 273 | 16,5% |
| 5.2 | 3.485 | 109 | 280 | 38,9% |
| 5.3 | 1.829 | 54 | 249 | 21,7% |
| Total Município | 19.368 | 535 | 2215 | 24,2% |

Na tabela 12, observa-se a proporção de tratamento completo para sífilis em gestantes distribuída por AP obtendo uma média de 88,7% no MRJ. Nota-se que na tabela 13 foi utilizado o mesmo indicador de proporção de tratamento completo para sífilis em gestantes distribuída por AP, porém, apresenta uma média de 24,2% no MRJ. Esta variação pode ser atribuída as diferentes fontes de extração dos dados do mesmo indicador, onde a tabela 12 utiliza o SINAN e na tabela 13 a Planilha NAF.

A disponibilidade, segurança da fonte de dados e seus aspectos metodológicos apoiam a construção de uma medida mais qualificada. A partir de uma perspectiva metodológica, a fonte utilizada para o indicador de Proporção de Casos de Sífilis na Gestação com Tratamento Adequado,   uma planilha que cont m os registros de dispensa o de penicilina do NAF de cada unidade de saúde do MRJ (JANNUZZI, 2017). Os autores Sacareni et al (2017), nos apontam que, o monitoramento das infec es como a sífilis pode ser monitorado pelo SINAN, pois fornecem elementos que somado a prática assistencial da aten o primária apoiam na análise de situa o de saúde, no planejamento e defini o de a es necessárias.   essencial uma

avaliação criteriosa das propriedades dos indicadores para poder dimensionar e caracterizar melhor os problemas presentes e que necessitam ser enfrentados pela gestão pública e sociedade (TOMASIA, 2017; JANNUZZI, 2017).

Numa perspectiva prática, o uso responsável das informações requer a clareza do seu conceito, suas limitações e a inteligibilidade da metodologia de construção. Esses três componentes podem estabelecer parâmetros concretos para aproximar-se e discutir a natureza do problema ou situação em questão, traçando as prioridades para a gestão municipal (JANNUZZI, 2017).

4.9. Uma nova aposta: Indicadores Sintéticos na APS

A escolha de medidas mais específicas e sensíveis, podem comunicar uma gestão mais próxima da realidade e com qualidade. E essa é uma das peculiaridades de indicadores de monitoramento e avaliação. Há poucas evidências que relacionem unidades de medidas sociais e de saúde na forma de indicadores sintéticos, especialmente na atenção primária (MOREAIS, 2019). A proposição de novas medidas sintéticas podem facilitar a apreensão de fatores que influenciam o cuidado primário, como nos revela o autor Moraes et al (2019), onde agregou aspectos subjetivos da rede de apoio social de usuários hipertensos para a construção de um indicador sintético na atenção primária. Para os autores Miclos et al (2015), em seu estudo utilizou um indicador sintético para avaliar o desempenho da atenção básica no Brasil, propondo 21 indicadores atribuídos ao ciclo de vida (criança, adolescente, adulto e idoso), e como critérios a eficácia (cumprimento das metas e protocolos estabelecidos), a efetividade (capacidade em satisfazer as necessidades e expectativas de atenção à saúde) e a relevância (decisões que atendam expectativas da sociedade em relação ao SUS - maximização do impacto). Outros resultados de pesquisas que utilizam o índice como medida para avaliação da atenção primária, é o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) que pontua os municípios investigados, mas tem como limitação a atenção primária não ser o objeto de avaliação, pois dá enfoque a média e a alta complexidade. Já o Proadess - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento, utiliza o componente de atenção primária, mas analisa estados e regiões do Brasil, ou seja, não há desagregação por municípios.

É nesse sentido que trazemos as seguintes indagações: Qual a importância de medidas sintéticas para apoiar os gestores municipais? Afinal, como agregar unidades multifacetadas que se dividem entre a saúde e a realidade social, e ao mesmo tempo, avaliar as condições de vida da população? O que seria prioritário a atender ou qual público-alvo deve estar agregado em indicadores simultâneos? (JANNUZZI, 2017).

A proposição de indicadores sintéticos não deve assumir o lugar do empirismo, mas sim, guiado por metodologias transparentes e de conceitos claros. A construção do indicador requer etapas sucessivas, podendo ocasionar em decisões não triviais e de amplo consenso. Há certamente, que empreender um maior esforço para a investigação de novos indicadores sintéticos. Assim, procuramos oferecer um conjunto mínimo de indicadores que constam no painel desta pesquisa, e de como a relação dos contextos da saúde e dos fenômenos sociais poderiam ser apreendidos incluindo outros aspectos norteado por um marco ordenador descrito na próxima seção (JANNUZZI, 2017).

4.10. Marco ordenador

Utilizamos como marco ordenador o pré-natal de baixo risco na atenção primária, que traz o desafio de quais dimensões considerar e quais indicadores selecionar. Ante o exposto, considerando que o cuidado ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido de qualidade são capazes de diminuir a morbi-mortalidade materno-infantil e são prioridade nas políticas públicas de saúde no Brasil direcionado através de programas específicos para o acompanhamento da mulher até o momento do parto (GARNELO et al, 2019). Estudos prévios constataram que o acesso equitativo as gestantes devem-se considerar a influência do contexto social, demográfico e econômico, pois há grande disparidade quanto às barreiras de acesso aos serviços de saúde por adolescentes e mulheres de cor/raça preta ou parda, com menor escolaridade, sem companheiros, maior número de gestações prévias e que não desejavam engravidar, insatisfeitas com a gestação atual e que tentaram interromper a gestação, e ainda, podendo ser três vezes maior para mulheres indígenas (TOMASI et al, 2017b; SILVA et al, 2014). Nessa mesma direção, há contrassenso entre o número ideal de consultas e início do pré-natal. Alguns autores comentam que, consultas realizadas em menor quantidade e com qualidade, podem

ser mais efetivas quanto as realizadas de maior número (SILVEIRA et al, 2001; VIELLAS et al, 2014; RUSSO et al, 2019).

Em um artigo de revisão de literatura proposto pelos autores Nunes et al (2016), intencionou-se a investigar a qualidade da atenção ao pré-natal no Brasil, no período de 2005 a 2015. Os autores obtiveram achados de aumento da cobertura do pré-natal, porém um elevado nível de inadequação em relação à qualidade da assistência, tendo como fatores contribuintes para a baixa qualidade: a não realização dos exames laboratoriais de rotina, os procedimentos básicos recomendados, as prescrições e orientações durante as consultas, conforme é recomendado pelos protocolos do Ministério da Saúde.

A falta de coordenação do cuidado e a relação entre os serviços de saúde da rede, favorecem a construção de itinerários peregrinantes para as gestantes que buscam assistência ao parto, podendo aumentar os riscos à saúde das parturientes e dos recém-natos (VIELLAS et al, 2014).

De acordo com exposto, a Tabela 15 organiza uma lógica de classificação para a construção de um indicador sintético. Vale observar que, a quantidade maior de indicadores selecionados não assegura que o índice terá maior relação com o marco ordenador, pois muitas medidas podem estar, apenas, correlacionas entre si, não tornando-a válida (JANNUZZI, 2017; SILVA E JANNUZZI, 2009).

Tabela 15 – Classificação para a construção de um indicador sintético.

| TEMA | SUBTEMA | INDICADORES PRIMÁRIOS |
|--|-------------------|---|
| PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA APS (Avaliação 1º e 3º trimestre de gestação) | Rendimento | Índice de Gini do rendimento domiciliar per capita |
| | Saúde | Proporção de gestante com 6 ou mais consulta Proporção de testes rápidos de HIV e Sífilis realizados em gestantes Proporção de gestantes que realizaram os exames de rotina Proporção de gestantes com pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em saúde bucal Proporção de gestantes que realizaram a vacinação DT, DTPa ou Tríplice Viral |

| | |
|-----------------------------|--|
| | Proporção de visita domiciliar realizado pelo Agente Comunitário de Saúde |
| Educação | Taxa de alfabetização de adultos |
| | Proporção de moradores em domicílios com acesso a sistema de abastecimento de água |
| Saneamento | Proporção de moradores em domicílios com acesso a coleta de lixo doméstico |
| | Proporção de moradores em domicílios com acesso a esgotamento sanitário |
| Capacidade econômica | PIB per capita Taxa de desemprego |
| Demográfico | Cor da pele, idade, nº de filhos |

5. CONCLUSÃO

As linhas que conduzem as reflexões dos resultados da construção de um painel de indicadores de saúde dessa pesquisa, pressupõem a necessidade de aprimoramento da ferramenta utilizada e a sua validade para que se constitua de informações mais precisas e de maior compreensão da linha dorsal da APS na rede municipal.

O desafio de construir um arcabouço, que seja suficiente para o monitoramento e avaliação da APS, encontra como barreira a escolha de indicadores válidos e confiáveis, a disponibilidade de um sistema de informação integrado, que consiga agregar multivariáveis, e os recursos públicos que na maioria das vezes são insuficientes para atender a totalidade dos problemas presentes.

Diante do cenário constrangedor que o Município do Rio de Janeiro vivencia com a diminuição orçamentária desde o ano de 2017 e, uma queda da cobertura de atenção primária em 8,4%, a qual manteve-se em 70% no período de 2016, faz-se emergente analisar os efeitos que a falta de investimento pode ter causado para a população carioca.

Nessa perspectiva, algumas questões são essenciais para a análise dos desafios e possibilidades como aposta para a reorientação do modelo de atenção à saúde: a atenção primária do MRJ cumpre com os seus atributos de forma equitativa e universal? Em qual grau de prioridade está o modelo de atenção primária nas agendas dos gestores e governantes?

O foco da atenção primária é amplamente atribuído ao acesso equitativo para o cuidado em saúde de forma integrada a outros serviços da RAS. Nesse sentido, oferta um conjunto de serviços heterogêneos para que deem conta das mais diversas necessidades da população de forma coletiva ou individual.

A metodologia utilizada para a criação do painel de indicadores nessa pesquisa, visa contribuir efetivamente para a construção de instrumentos de gestão efetivos. O produto finalístico do Painel sistematizou indicadores e dimensão/subdimensões essenciais para o monitoramento e avaliação da APS, a partir de uma ferramenta simples, ágil e útil que ajudará a tornar mais transparente e a propor uma outra maneira de comunicação com todos os profissionais interessados na tomada de decisão.

Uma das vantagens da ferramenta é dar subsídios à tomada de decisão pelo gestor, pois constitui-se de informações sistematizadas e ágeis, oportunizando a melhoria das ações e serviços ofertados pelas equipes de APS.

O painel de especialista foi considerado como um dos elementos-chaves dessa pesquisa, pois apoiaram efetivamente na discussão, reflexão e na proposição de recomendações úteis para o aprimoramento do Modelo Teórico e da construção do Painel de Indicadores.

Acredita-se que, a composição diversificada da área de conhecimento e da experiência profissional entre os membros do painel permitiu agregar visões e saberes variados que entre si conjugaram-se em respostas oportunas para os desafios apresentados. Assim, resultou na construção de um instrumento factível para a operacionalização no cotidiano de trabalho da gestão.

Todas as considerações anteriores pressupõem que a construção de um conjunto de indicadores sintéticos possa dar subsídios para a análise da situação de saúde e fomentar a melhoria das práticas assistenciais. Desta forma, prioriza demandas que dialoguem com a sociedade por meio de justificativas mais técnicas e consensuais entre gestores e trabalhadores da atenção primária. Além de valorar os fenômenos sociais e suas interrelações com o campo da saúde e transparecendo os bolsões de desigualdades e vazios sanitários.

Dessa maneira, considera-se como limitação desse estudo a qualidade dos dados do painel de indicadores por depender da sua disponibilidade, do preenchimento e da transferência de dados. Ressalta-se ainda que, o painel se ateve a abordar uma dimensão da avaliação, o processo. No qual, consideramos como uma vantagem, pois a dimensão de processo é pouco explorada, em detrimento das outras dimensões, como a estrutura e o resultado. Por fim, embora seja desafiadora essas limitações, ao mesmo tempo, tornam-se motivações para orientar futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pactos pela Saúde**, Brasília, v. 4, p. 4 – 60, 2006.

CONASS. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 1º edição, 2005, p. 1 – 127.

PORTAL PREFEITURA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br>. Acesso em: 12/12/2018.

SORANZ, Daniel; PINTO, Luiz Felipe; PENNA Gerson Oliveira. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1327-1338, 2016.

HARZHEIM, Erno; LIMA, Karine Margarites, HAUSER, Lisiane. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – Avaliação dos três primeiros anos. Organização Pan-Americana da Saúde. **Série Técnica Inovação na Gestão**, Porto Alegre, RS: OPAS, 2013, p. 84.

DONABEDIAN, Avedis. The Quality of Care How Can It Be Assessed?. **Revista Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743 – 1748, 1988.

CHAMPAGNE, François; BROUSSELLE, Astrid; CONTANDRIPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2011.

DUBOIS, Carl Ardy; CHAMPAGNE, François; BILODEAU, Henriette. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira (orgs). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2011.

GUBA, E. G & Lincoln, Y. S. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira (orgs). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2011.

LACERDA, Josimari Telino; TRAEBERT, Jefferson Luiz. **A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família**. Tubarão (SC), Editora UNISUL, 2006.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores Sociais no Brasil**. Campinas, SP, Editora Alínea, 2017.

IBGE. Indicadores Sociais: presente, passado e futuro. **Gerência de Biblioteca e Acervos Especiais**, organizado por André Simões e Antônio Carlos Alkmim, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101153.pdf>. Acesso em: 22/01/2019.

SOLIGO, Valdecir. Indicadores: Conceito e complexidade do mensurar em estudos de fenômenos sociais. **Revista Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 23, n. 52, p. 12-25, 2012.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, 2002.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. Brasília, **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 137-160, 2005.

PARAHOS, Ranulfo; FILHO, Dalson Britto Figueiredo; ROCHA, Enivaldo Carvalho da; JÚNIOR, José Alexandre da Silva; MAIA, Romero Galvão. Construindo Indicadores Sociais: Uma revisão da bibliografia especializada. **Revista Perspectivas**, São Paulo, v. 44, p. 147-173, 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Assuntos Econômicos. **Guia Metodológico para Indicadores: Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública**. Brasília, Coordenação de Documentação e Informação, 2018.

FONTANARI, Juliano; PANICHI, Renata Dotta. Fragilidade do Símbolo. **Revista Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n.07, 2009.

NETO, Wadih João Scandar; JANNUZZI, Paulo de Martino; SILVA, Pedro Luís do Nascimento. Sistemas de Indicadores ou Indicadores Sintéticos: do que precisam os gestores de programas sociais?. **Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, realizado em Caxambu- MG – Brasil, 2008.

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

SANTIAGO, Alynne da Costa; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; SILVA, Rosemara Melchior Valdevino. Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 798-803, 2008.

JÚNIOR, João Baptista Risi. Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1049 – 1053, 2006.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2º edição, 2008.

PINTO, Luiz Felipe; FREITAS, Marcos Paulo Soares de; FIGUEIREDO, André William Sant'Anna de. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1859 – 1870, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Asis - **Análise de Situação de Saúde** / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

RIPSA. **Informe de Situação e Tendências Demografia e Saúde**. Informe de situação e tendências: demografia e saúde / Rede Interagencial de Informações para Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. Disponível em:

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 287 – 303, 1999.

CASTELLANOS, Pedro Luis. Sobre o Conceito de Saúde-doença. Descrição e Explicação da Situação de Saúde. **Texto extraído de Boletim Epidemiológico**, Organização Pan-Americana de Saúde, v.10, n.4, p.25-32, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de Indicadores do SUS**. Temático Gestão do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 6, n. 9, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de Indicadores do SUS. Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz** – Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, v. 3, p. 60, 2008b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de Indicadores do SUS. Temático Promoção da Saúde**. – Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, v. 6, p. 60, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de Indicadores do SUS. Painel de Indicadores do SUS**. Temático Saúde da Família – Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, p. 60, 2008a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de Indicadores do SUS. Painel de Indicadores do SUS.** Temático Regionalização da Saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, v. 5, p. 60, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de Indicadores do SUS. Painel de Indicadores do SUS. Temático Saúde da População Negra.** Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, v. 7, p. 60, 2016.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde Coordenação de Epidemiologia e Informação. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/poster/0019.pdf>. Acesso em: 03/03/2019.

GRIMM, Sylvia Christina de Andrade; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Painel de Monitoramento Municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. **Revista Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 585-594, 2016.

WEIGELT, Leni Dias; MANCIO, Juliana Garcia; PETRY, Elton Luis da Silva. Indicadores de Saúde na Visão dos Gestores dos Municípios no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS. **Revista Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.36, p.191-205, Santa Cruz do Sul, 2012.

PEREIRA, Bernadete dos Santos; TOMASI, Elaine. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Revista Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 411-418, Brasília, 2016.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS). **Organización Panamericana de la Salud**, v. 20, n. 3, 1999.

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

BAKKE, Hanne Alves; LEITE, Alexandre Santos de Moura; SILVA, Luiz Bueno da. Estatística Multivariada: Aplicação da Análise Fatorial na Engenharia de Produção. **Revista Gestão Industrial**, Curitiba, v. 4, n. 4, p. 01-14, 2008.

SOUZA, Cibelle Alexandre de; SCHMITZ, Leandro Costa. Painel de Medição de Desempenho de Projetos: Uma Proposta para uma Organização de Pesquisa e Desenvolvimento. **Revista de Gestão e Projetos**, v. 07, n. 03, p. 74-92, 2016.

COSTA, Maria Fernanda Lima; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.12, n.4, p.189 – 201, 2003.

PINHEIRO, José de Queiroz; FARIAS, Tadeu Mattos; LIMA, July Yukie Abe. Painel de Especialistas e Estratégia Multimétodos: Reflexões, Exemplos, Perspectivas. **Revista Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 2, p. 184-192, 2013.

STRUCHINER, Miriam; RICCIARDI, Regina Maria Vieira; VETROMILLE, Vanise Paraíso. O Painel de Especialistas no Processo de Apreciação Analítica de Sistemas Hipermedia para o Ensino de Graduação. **IV Congresso RIBIE**, Brasília, 1998.

TAMAKI, Edson Mamoru; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; FELISBERTO, Eronildo; ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida; JUNIOR, Marcos Drumond; BEZERRA, Luciana Caroline de Albuquerque; CALVO, Maria Cristina Marino; MIRANDA, Alcides Silva de Miranda. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 839-849, 2012.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saude Soc*, São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2011.

ALMEIDA, Marcia Furquim. O uso de informações em saúde na gestão dos serviços. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 4, n. 1-2, p. 39-42, 1995.

CALAZANS, Angélica Toffano Seidel. Qualidade da informação: conceitos e aplicações. **Revista Transinformação online**, v.20, n.1, p.29-45, 2008.

ROBLETO, Maria Luiza. Evaluación de la sostenibilidad em América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, p. 2-54, 2004.

PAZ, Cássia Regina de Paula; PESSALACIA, Juliana Dias Reis; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; SOUZA, Hieda Ludugério de; GRANJA, Gabriela Ferreira; SCHVEITZER, Mariana Cabral. New demands for primary health care in Brazil: palliative care. **Revista Investigación y Educación en Enfermería**, v. 34, n.1, p. 46-47, 2016.

TOMASI, Elaine; FERNANDES, Pedro Agner Aguiar; FISCHER, Talita; SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes; SILVEIRA, Denise Silva da; THUMÉ, Elaine; DURO, Suele Manjourany Silva; SAES, Mirelle de Oliveira; NUNES, Bruno Pereira; FASSA, Anaclaudia Gastal; FACCHINI, Luiz Augusto. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017b.

MICLOS, Paula Vitali; CALVO, Maria Cristina Marino; COLUSSI, Claudia Flemming. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Revista Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, 2015.

MORAIS, Jairo Domingos; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva; PAES, Neir Antunes. Apoio social e satisfação de hipertensos com a atenção básica: construção de um índice sintético. **Revista Saúde em Debate**, v. 43, n.121, 477-488, 2019.

RUSSO, Letícia Xander; SCOTT, Anthony; SIVEY, Peter e DIAS, Joilson. Primary care physicians and infant mortality: Evidence from Brazil. **Revista PLOS ONE**, v. 14, n. 5, 2019.

VEILLARD, Jeremy; COWLING, Krycia; BITTON, ASAF; RATCLIFFE, Hannah; KIMBALL, Meredith; BARKLEY, SHANNON; MERCEREAU, Laure; WONG, Ethan; TAYLOR, Chelsea; HIRSCHHORN, Lisa R. e WANG, Hong. Better Measurement for Performance Improvement in Low- and Middle-Income Countries: The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) Experience of Conceptual Framework Development and Indicator Selection. Editora Wiley Online Library, v. 95, n. 4, 2017.

REIS, Eduardo J. F. B. dos; SANTOS, Fausto P. dos; CAMPOS, Francisco Eduardo de; ACÚRCIO, Francisco de Assis; LEITE, Marcelo T. T.; LEITE, Maria Léa C.; CHERCHIGLIA, Mariangela L.; SANTOS, Max A. dos . Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Revista Caderno de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

TOMASI, Elaine; FACCHINI, Luiz Augusto. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdade sociais. **Revista Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017a.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRADE, Gabriela Carrilho Lins de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Revista Saúde e Debate**, v. 42, n. 1, p. 38 – 51, 2018.

SIMÕES, P Patrícia; GAMEIRO, Flávio; NUNES, Paula de C.; JÚNIOR, Alúcio G. da Silva; SCARDUA, Mariana T. e SIMAS, Keith B. Expansão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família. **Revista HUPE**, v. 15, n. 3, 2016.

JESUS, Reniani Lami; ENGSTROM, Elyne; BRANDÃO, Ana Laura. A expansão da Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009 – 201: um estudo de caso numa área da cidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, 2015.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; TEIXEIRA, Márcia. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, 2019.

ÁVILA, Edimilson. Matéria. Sobe para 239 o número de equipes de atenção primária que serão cortadas no Rio. **G1**, Rio de Janeiro, 30 out. 2018.

POÇAS, Kátia Crestine; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; DUARTE, Elisabeth Carmen. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais*. **Revista Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 2, p. 275-284, 2017.

CARRENO, Ioná, MORESCHI, Claudete; MARINA, Bruna; HENDGES, Deise Juliana Beckel; REMPEL, Claudete; OLIVEIRA, Monica Maria Celestina de. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 947-956, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, edição 20^o, 2001.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

ROCHA, Suelen Alves; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; GODOY, Moacir Fernandes de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Revista Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 87-111, 2016.

KONTOPANTELIS, Evangelos; ROLAND, Martin; REEVES, David. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. **Revista BMC Family Practice**, v. 11, n. 61, 2010.

SILVA, Maria Zeneide Nunes da; ANDRADE, Andréa Batista de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Revista Saúde e Debate**, v. 38, n. 103, 2014.

SANTAGADA, Salvatore. INDICADORES SOCIAIS: UMA PRIMEIRA ABORDAGEM SOCIAL E HISTÓRICA. **Revista Pensamento Plural**, v. 01, p. 113-142, 2007.

BAUER, Raymond A. Societal feedback. *Annals* 373, of the American Academy of Political Science, v. 373, p. 180-92, 1967.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ORIGENS E DIFERENÇAS CONCEITUAIS. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MARTINS, Luiz Gustavo Teixeira; LACERDA, Josimari Telino de; NICKEL, Daniela Alba, TRAEBERT, Jefferson. Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. **Revista Caderno de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, 2016.

PARAHOS, Ranulfo; FILHO, Dalson Britto Figueiredo; ROCHA, Enivaldo Carvalho da; JÚNIOR, José Alexandre da Silva; MAIA, Romero Galvão. CONSTRUINDO INDICADORES SOCIAIS: UMA REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA ESPECIALIZADA. **Revista Perspectivas**, v. 44, p. 147-173, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovação na Gestão Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro.** OPAS. Porto Alegre, 2013.

OLIVEIRA, Denise; WALTER, Silvana Anita; BACH, Tatiana Marceda. Critérios de Validade em Pesquisas em Estratégia: uma Análise em Artigos publicados no EnANPAD de 1997 a 2010. II Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, João Pessoa/PB, 2011.

SARACENI, Valéria; PEREIRA, Gerson Fernando Mendes; SILVEIRA, Mariangela Freitas da; ARAUJO, Maria Alix Leite e MIRANDA, Angelica Espinosa. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Revista Pan-americana de Salud Publica**, v. 41, 2017.

SILVEIRA, Denise Silva da; SANTOS, Iná Silva dos; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 131 – 139, 2001.

VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; FILHA, Mariza Miranda Theme; COSTA, Janaina Viana da; BASTOS, Maria Helena; LEAL, Maria do Carmo. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, p. S85 – S100, 2014.

SILVA, Daniela Santos Gomes da; JANNUZZI, Paulo Martino. O uso da Análise Multicritério na construção de um indicador de Condições de Vida: Estudo para a Baixada Fluminense. Revista Eletrônica Sistemas e Gestão, v. 4, n. 2, p. 122 – 135, 2009.

APÊNDICE A – SELEÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE/GOOGLE FORMS

Seleção de Indicadores de Saúde

Prezadas,

A etapa seguinte consiste na seleção dos indicadores primários para esta pesquisa. Desta forma, é necessário que a escolha de indicadores possua propriedades essenciais, no qual, são necessários para ampliar a sua capacidade de utilização.

Estas propriedades devem constituir de relevância, validade e confiabilidade, assumir um grau de cobertura, ser sensível, específico, reprodutível, comunicável, com a atualização periódica, a custos factíveis, ser desagregável e por fim, permitir avaliação no tempo e historicamente.

É importante que a seleção dos indicadores, seja baseada em uma avaliação crítica de suas propriedades, e não simplesmente na tradição do seu uso.

Portanto, vocês devem atribuir o grau de relevância a cada um dos indicadores por meio de respostas estruturadas, seguindo a escala de tipo Likert: Relevante= 4; Necessita de pequena revisão para ser relevante= 3; Necessita de grande revisão para ser relevante= 2 e Não relevante= 1.

Cabe salientar que, caso o indicador seja apontado com a opção de "Não relevante", o mesmo, deverá ser justificado.

Ao final do formulário no item 32, nos deixe a sua opinião indicando outros indicadores de processo que sejam relevantes de compor o Painel de Indicadores da APS.

Agradeço muito a participação de todas.

1. Proporção de usuários com carga viral indetectável *

(Número de usuários com carga viral indetectável / Número de usuários que realizaram exame de carga viral no período * 100) Fonte: SISCEI

- Relevante
- Necessita de pequena revisão para ser relevante
- Necessita de grande revisão para ser relevante
- Não relevante

1.1 Caso você escolha a opção de "Não relevante", justifique abaixo.

Texto de resposta longa

.....

APÊNDICE B – LISTA DOS INDICADORES DE SAÚDE

| INDICADORES | MÉTODO DE CÁLCULO | FONTE |
|--|---|---|
| Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial | Numerador: Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial curados. Denominador: Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial diagnosticados. Fator de multiplicação: 100. | SINAN |
| Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade | Número de casos de sífilis congênita | SINAN |
| Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos | Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos | SINAN |
| Proporção de cura dos casos novos de hanseníase dignosticados nos anos das coortes | Nº de casos novos de hanseníase diagnosticados e curados até 31/12 do ano de avaliação ^{***} /Nº total de casos novos de hanseníase X 100 | SINAN |
| Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos | Nº de nascidos vivos de mães adolescentes residentes/nº nascidos vivos de mães residentes X 100 | SIM / SINASC |
| Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária | Exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres na faixa etária/População feminina na faixa etária/3 | SIA / SISCOLO |
| Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária | Mamografias realizadas em mulheres na faixa etária/População feminina na faixa etária/2 | SIA / SISMAMA |
| Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica | $N^{\circ} \text{ESF} \times 3.450 + (n^{\circ} \text{eAB} + n^{\circ} \text{ESF equivalente} \times 3.000) / \text{Estimativa populacional no ano anterior} \times 100$ | e gestor |
| Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família | $N^{\circ} \text{de famílias beneficiárias do BF acompanhadas pela AB} / \text{Total de famílias beneficiárias do BF} \times 100$ | Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionais de Saúde do PBF – DATASUS/MS |

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica | $(N^{\circ} \text{ ESB} \times 3.450) + (n^{\circ} \text{ ESB equivalentes} \times 3.000) / \text{Estimativa populacional} \times 100$ | e gestor |
| Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose | Numerador: Total de casos novos de tuberculose com exame anti-HIV realizado. Denominador: Total de casos novos de tuberculose diagnosticados no ano. Fator de multiplicação: 100. | SINAN |
| Percentual de casos com encerramento oportuno (confirmados OU descartados) através do marcador HCV-RNA dos casos notificados de Hepatite C com Anti-HCV reagente | Numerador: Número de casos notificados de hepatite C com sorologia Anti HCV reagente com HCV-RNA Reagente OU Não Reagente Denominador: Total de casos com sorologia Anti HCV reagente | SINAN |
| Proporção de usuários com carga viral indetectável/número total de usuários que realizaram carga viral no período | $(\text{Número de usuários com carga viral indetectável} / \text{Número de usuários que realizaram exame de carga viral no período} \times 100)$ | SISCEL |
| Teste rápido molecular para diagnóstico de tuberculose pulmonar realizado | - | |
| Taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera | Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados no período / Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados no período x 100. Para residentes no Município. | SINAN |
| Baciloscopia para hanseníase realizada | Número de baciloscopia para hanseníase realizada | |
| Teste para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C realizado | Número de teste para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C realizado | |
| Lata de fórmula láctea adaptada para lactantes expostos ao HIV menores de 06 meses distribuída | Lata de fórmula Lactea | |
| Taxa de controle glicêmico em diabéticos cadastrados | $(\text{Número de diabéticos cadastrados da equipe com dosagem de hemoglobina glicada menor que 8\% aferida nos últimos 6 meses} / \text{Número de diabéticos cadastrados}) \times 100$ | Prontuário eletrônico/Laboratório |
| Proporção (taxa) de internações sensíveis à Atenção Primária | Numerador: N° de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período sobre Denominador: Total de internações clínicas, em determinado local e período X 100 | SIH |

| Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) implantado/mantido | Número de NASFs | CNES |
|--|--|--|
| Cobertura (taxa) da eSF | (Número de equipes completas no CNES para a competência) x (3.450 pessoas atendidas por cada equipe) / (População estimada IPP para o Município do Rio de Janeiro) x 100 | CNES / IPP alterado IBGE |
| Tempo de espera por procedimentos de média complexidade | Intervalos entre datas de agendamento e solicitação dividido pelo número de solicitações. | SISREG |
| Proporção de gestantes com pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em saúde bucal | Número de tratamentos concluídos pelo cirurgião-dentista / Número de primeiras consultas odontológicas programáticas | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Cobertura Assistencial pela APS | (Número de pessoas com pelo menos um atendimento de medicina ou enfermagem desde a implantação da equipe / Número de pessoas cadastradas) X 100 | Prontuário eletrônico |
| Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante | (Número de atendimentos médicos e de enfermagem / População cadastrada) | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Proporção de atendimentos de demanda espontânea | (Número de consultas no dia + número de atendimentos de urgência / Número total de atendimentos) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Proporção de serviços ofertados pela equipe de APS | (Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe/ Total de ações e serviços esperados pela equipe de Atenção Primária) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Proporção de encaminhamentos para consulta ambulatorial especializada | (Número de encaminhamentos para consulta ambulatorial especializada / Número total de atendimentos médicos) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Tempo médio para agendamentos SISREG para consultas e exames (Todos os procedimentos) | Intervalos entre datas de agendamento e solicitação / Número de solicitações agendadas | Sistema Nacional de Regulação (SISREG) |
| Controle Glicêmico em Diabéticos | (Número de diabéticos cadastrados da equipe com dosagem de hemoglobina glicada menor que 8% aferida nos últimos 6 meses / Número de diabéticos cadastrados) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB e Laboratório |
| Razão de exames citopatológicos do colo do útero | Número de coletas de material citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos / Número de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |

| | | |
|--|---|---|
| Proporção de sintomáticos respiratórios examinados entre estimados | (Número de usuários com exame de escarro para diagnóstico / Número esperado de Sintomáticos Respiratórios) x 100 | SINAN |
| Nº de casos de TB encerrados como transferência | Número de casos de tuberculose encerrados como transferência | SINAN |
| Nº de casos de TB encerrados como abandono de tratamento | Número de casos de tuberculose encerrados como abandono de tratamento | SINAN |
| Nº de casos de TB em aberto | Número de casos de tuberculose todas as formas com mais de 9 meses de tratamento sem encerramento | SINAN |
| Proporção de exame anti-HIV realizado entre os casos novos de tuberculose | (Número total de casos novos de tuberculose residentes no município com exame anti-HIV realizado na unidade de saúde / Número de casos novos de tuberculose residentes no município diagnosticados na unidade de saúde) X 100 | SINAN |
| Proporção de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar com Confirmação Laboratorial Encerrados como Cura | (Número de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura / Número total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados no período) x 100 | SINAN |
| Proporção de Casos de Sífilis na Gestação com Tratamento Adequado | (Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período com tratamento adequado / Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período) x 100 | SINAN |
| Nº de casos novos de hanseníase nas unidades de saúde | Número de casos novos de Hanseníase diagnosticados nas unidades de Atenção Primária | SINAN |
| Nº de Procedimentos de PICS realizadas | Número de procedimentos das práticas integrativas e complementares | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) | (Número de beneficiários do PBF e CFC com perfil saúde acompanhados / Número total de beneficiários do PBF e CFC) x 100 | Portal Bolsa Família – Plataforma SUBPAV |
| Cobertura de a es do programa saúde na escola (PSE) | (Número de escolas e creches com atividades coletivas registradas [com identifica o do INEP] / Número total de escolas e creches sob responsabilidade da equipe) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Taxa de acesso ao tratamento para cessac o do tabagismo | (Número de atendimentos com codifica o de avalia o clínica do fumante / Pessoas cadastradas como tabagistas no cadastro individual) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Taxa de frequência às atividades coletivas do | (Número de participantes nas atividades coletivas do Programa Academia | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do |

| | | |
|---|---|--|
| programa academia carioca | Carioca / Número total de população cadastrada na unidade) x 100 | Cidadão (PEC) / SISAB |
| Razão entre tratamento concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas | Número de tratamentos concluídos pelo cirurgião-dentista / Número de primeiras consultas odontológicas programáticas | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Cobertura de primeira consulta odontológica programática | (Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática / População cadastrada) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Cobertura vacinal de pentavalente (3ºdose) em crianças de um ano | (Número de crianças com 12 meses completos vacinadas (Pentavalente) / Número de crianças com 12 meses completos cadastradas) X 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB e SI-PNI |
| Proporção de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida | (Número de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida / Número total de recém-nascidos cadastrados) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal | (Número de mulheres que encerraram o pré-natal com 6 ou mais consultas na área no período em análise / Número total de mulheres que encerraram o pré-natal no período em análise) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Prevalência de pessoas com deficiência cadastrada | (Número de pessoas cadastradas com deficiência / Número de pessoas cadastradas) X 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero | (Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos / Número de mulheres de 25 a 64 anos, residentes no respectivo local e ano) / 3 | Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) |
| Índice de atendimento por condição de saúde avaliada | [(Atendimento Hipertensão) + (Atendimento Diabetes) + (Atendimento Obesidade)] / [(Pop x Coef Prev HAS) + (Pop x Coef Prev DM) + (Pop x Coef Prev Obes)] Pop = população cadastrada com 18 anos ou mais Coef Prev = HAS = 0,239; DM = 0,064; Obesidade = 0,231 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Média de atendimentos realizados por profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família | (Total de atendimentos individuais + Total de atendimentos compartilhados + Total de atendimentos domiciliares + Total de atendimento em grupo) / (Carga horária total da equipe NASF/40) | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB / SCNES |
| Taxa de ouvidorias por dificuldade para ser atendido na unidade | (Número de ouvidorias relacionadas a dificuldade de acesso a unidade / População cadastrada na unidade) x 100.000 | Ouvidoria |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Proporção de tratamento completo para sífilis em gestantes</p> | <p>(Número de gestantes que realizaram tratamento adequado para a sífilis no período / Número total de gestantes que receberam tratamento para sífilis no período) x 100</p> | <p>Planilha com os registros de dispensação de penicilina do Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) de cada unidade de saúde do município</p> |
| <p>Percentual da população de determinada área com cobertura de Saúde da Família</p> | <p>Número de equipes completas no CNES para a competência, multiplicado por 3450 (pessoas assistidas por cada equipe) dividido pela População estimada IBGE para o Município do Rio de Janeiro (X100)</p> | <p>SCNES* (resultado extraído a partir do dia 16 do mês posterior à competência de análise; data limite para atualização do número de equipes)</p> |
| <p>Estimativa de cobertura populacional pelas equipes básicas de saúde bucal</p> | <p>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF (Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas/40) * 3.000 X 100 População no mesmo local e período Observação: A soma da carga horária dos cirurgiões dentistas será equivalente ao nº de equipes de saúde bucal na atenção básica e saúde da família. I - Como calcular a carga horária ambulatorial do profissional Cirurgião Dentista na Atenção Básica Passo 1 – Instalar o TABWIN (http://cnes.datasus.gov.br/ > Serviços > Recebimento de arquivo > TABWIN CNES). Passo 2 – Clicar em Arquivos Auxiliares e Manuais e realizar download dos arquivos tab36.zip e tabcnes_DEF-CNV_201107.zip. Passo 3 - Instalar o TABWIN e descompactar os arquivos de definição (tabcnes_DEF-CNV_201107.zip). Obs.: Em caso de dúvida na instalação do TABWIN, consultar o manual (Roteiro_Obtenção-Instalação.doc), também disponível no site do CNES em Arquivos Auxiliares e Manuais. Passo 4 – Em seguida, realizar download do(s) Arquivo(s) do CNES para tabulação no TABWIN. Passo 5 - Selecionar o estado desejado e o arquivo de extensão < PF + CÓD. UF + AAMM.dbc > da competência que será analisada. AAMM: Ano e mês da competência em análise Passo 6 - Abrir o TABWIN e selecionar o arquivo de definição PROFISSIONAL para executar a tabulação. [Opções] DEF=C:\Users\Documents\TabWin\CNES\Profissional.def PATH=PROFISS\PF*.DB? Linha=Municipios-UF Incremento=Horas Ambulator. Suprime_Linhas_Zeradas=true uprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Ocupação-Único: 223208 CIRURGIO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA 223293 CIRURGIO DENTISTA DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA 223272- CIRURGIO DENTISTA DE SAUDE COLETIVA DENTISTA DE SAUDE COLETIVA Tipo de</p> | <p>Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada, Qtde. Aprovada) IBGE - População Critério de Seleção: Ação coletiva de escovação dental supervisionada (Código: 01.01.02.003-1)</p> |

| | | |
|---------------------------|--|--|
| | <p>Estabelec.: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE POSTO DE SAUDE UNIDADE MOVEL FLUVIAL UNIDADE MOVEL TERRESTRE CONSULTORIO Esfera Administrativa: FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL [Arquivos] PFUFAAMM.DBC Obs.: O exemplo acima foi realizado para o cálculo da cobertura de um estado. Caso seja realizado para verificar a cobertura de um município, incluir em [Seleções_Ativas] o item Municípios-UF e selecionar o município desejado. Passo 7 - Após obter a tabulação descrita acima, deve-se dividir a carga horária total encontrada por 40 (que corresponde a 40 horas ambulatoriais). O resultado será equivalente ao número de equipe(s) Saúde Bucal na Atenção Básica e Saúde da Família. Obs.: Os dados tabulados por UF estão disponíveis no portal do DAB (www.saude.gov.br/dab). II - Como identificar os dados da população O levantamento dos dados da população para o cálculo poderá ser acessado no portal do DAB: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php. Obs.: Em caso de dúvida, consultar a Nota Técnica disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf. Passo 1 – Escolher uma das Opções de Consulta. Obs.: No exemplo a seguir foi utilizada a opção Unidades Geográficas por Competência. Passo 2 – Selecionar Unidades Geográficas por Competência, depois a competência por mês e ano a ser calculada, e a unidade geográfica, que pode ser o estado ou o município desejado. Passo 3 – Para realizar o levantamento dos dados da população, selecionar em Campos a serem exibidos no relatório: População. Passo 4 – No Resultado da Consulta escolher Visualização em tela ou Exportar para o tipo de arquivo a ser utilizado.</p> | |
| Nº total de eSF | Apuração do quantitativo de equipes após fechamento da competência do CNES. | CNES (txt SIAB) *(resultado extraído a partir do dia 16 do mês posterior à competência de análise; data limite para atualização do número de equipes). |
| Nº total de eSF completas | 95% do total de equipes ESF implantadas. Apuração do quantitativo de equipes após fechamento da competência do CNES | CNES (txt SIAB) *(resultado extraído a partir do dia 16 do mês posterior à competência de análise; data limite para atualização do número de equipes) |

| | | |
|---|---|---|
| Proporção de beneficiários do Cartão Família Carioca acompanhados nas eSF | Numerador: Número de famílias beneficiárias do Programa Cartão Família Carioca com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano sobre Denominador: Número total de famílias beneficiárias do Programa Cartão Família Carioca com perfil saúde na última vigência do ano X 100 | Portal Bolsa Família - SUBPAV e Prontuário Eletrônico |
| Proporção de beneficiários do Cartão Bolsa Família acompanhados nas eSF | Numerador: Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano sobre Denominador: Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano X 100 | Portal Bolsa Família - SUBPAV e Prontuário Eletrônico |
| Nº de procedimentos ambulatoriais realizados | Contabilização dos procedimentos realizados pelas unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). CONTEÚDO: Quantidade Apresentada TIPO ESTABELECIMENTO: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE, POLICLINICA, POSTO DE SAUDE, UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA, UNIDADE MISTA ESFERA ADMINISTR.: Esfera Municipal / Valor referente ao mês de atendimento | TABNET/SAI |
| Nº de consultas médicas realizadas | Contabilização dos procedimentos de consulta médica realizados pelas unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA): 0301010064 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA; 0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA. Para um dado período, considerando as quantidades apresentadas pelas unidades, independente de aprovação ou valoração financeira. São consideradas unidades da atenção básica as seguintes: Tipo Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE, POLICLINICA, POSTO DE SAUDE, UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA, UNIDADE MISTA ESFERA ADMINISTR.: Esfera Municipal / Valor referente ao mês de atendimento | TABNET/SAI |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Nº de consultas de enfermagem realizadas</p> | <p>Contabilização dos procedimentos de consulta de enfermagem realizados pelas unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA): 0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BASICA (EXCETO MEDICO); 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDICO), POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM com CBO: 223505 ENFERMEIRO; 223565 ENFERMEIRO DE ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA; 223555 ENFERMEIRO PUERICULTOR E PEDIATRICO; 223560 ENFERMEIRO SANITARISTA ENFERMEIRO DE SAUDE PUBLICA. Para um dado período, considerando as quantidades apresentadas pelas unidades, independente de aprovação ou valoração financeira. São consideradas unidades da atenção básica as seguintes: Tipo Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE, POLICLINICA, POSTO DE SAUDE, UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA, UNIDADE MISTA ESFERA ADMINISTR.: Esfera Municipal / Valor referente ao mês de atendimento</p> | <p>TABNET/SAI</p> |
| <p>Nº de procedimentos odontológicos realizados</p> | <p>Nº total de procedimentos odontológicos coletivos e individuais no mesmo local e período.</p> | <p>Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada) e Período.</p> |
| <p>Nº de visitas domiciliares realizados</p> | <p>Contabilização das visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA): 0101030010 VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO; 0301010137 CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR; 0301050147 VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR Por mês, considerando as quantidades apresentadas pelas unidades, independente de aprovação ou valoração financeira. São consideradas unidades da atenção básica as seguintes: Tipo Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE, POLICLINICA, POSTO DE SAUDE, UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA, UNIDADE MISTA ESFERA ADMINISTR.: Esfera Municipal / Valor referente ao mês de atendimento</p> | <p>Prontuário eletrônico, apuração TABNET/SIA</p> |
| <p>Proporção por condições sensíveis à APS</p> | <p>Numerador: Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período sobre Denominador: Total de internações clínicas, em determinado local e período X 100.</p> | <p>Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS)</p> |

| | | |
|--|---|---|
| Proporção de óbitos não fetais por causas mal definidas | Número de óbitos, não fetais, por causas básicas definidas (todas as causas de mortalidade, constantes em todos os capítulos da CID - 10, excetuado o Cap XVIII - códigos R00 a R99), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado/Número total de óbitos não fetais informados ao SIM na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado X 100 | Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS). |
| Nº de alunos matriculados na academia carioca | O cálculo considera o número de pessoas cadastradas com participação regular e frequência superior a 75% dos dias de atividades previstas no mês | PEP |
| Cobertura do Saúde na Escola pela Estratégia de Saúde da Família | Número de Escolas e Creches municipais que receberam ação do PSE Carioca no período apurado / Número total de Escolas e Creches municipais X 100 | PEP e Declarações das Unidades Escolares |
| Razão de mortalidade materna | Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna / Número de nascidos vivos de mães residentes X 100.000. Para o cálculo mensal, é utilizada a técnica da média móvel dos últimos 12 meses | Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – para o cálculo direto. IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS), para as estimativas de nascidos vivos e de óbitos de mulheres em idade reprodutiva. Método indireto. |
| Nº de consultas de pré natal realizadas | Contabilização dos procedimentos de consulta de pré-natal realizados pelas unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) (0301010110 CONSULTA PRÉ-NATAL) para um dado período, considerando as quantidades apresentadas pelas unidades, independente de aprovação ou valoração financeira. São consideradas unidades da atenção básica as seguintes: | TABNET/MUNICIPAL (Sistema de Informação Ambulatorial - SIA) |

| | | |
|--|---|---|
| | TIPO ESTABELECIMENTO: Todos ESFERA ADMINISTR.: Todas / Valor referente ao mês de atendimento | |
| Proporção de tratamento adequado de sífilis na gestacional | Média móvel de 12 meses do número de casos de sífilis em gestantes residentes que recebeu tratamento com 3 doses de penicilina G benzatina durante o acompanhamento pré-natal no município no período a contar de 3 meses antes do mês avaliado x 100 [DIVIDIDO] pelo total de gestantes com detecção de sífilis ocorridos no município no mesmo período. | SINAN SMS RJ |
| Taxa de incidência de sífilis congênita | Média móvel de 12 meses do número de casos de sífilis congênita em residentes no município no período a contar de 6 meses anteriores ao mês avaliado x 1000 [DIVIDIDO] pelo total de NV de mães residentes no município no mesmo período. | SINAN e SINASC |
| Proporção de parto normal | Nº de nascidos vivos de partos normais em determinado local e período / Nº de nascidos vivos, no mesmo local e período X 100 | Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) |
| Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados | Nº de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternos notificados no módulo de investigação de óbitos do SIM / Total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternos residentes x 100 | Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS) |
| Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré natal | Nº de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período / Nº de nascidos vivos, no mesmo local e período X 100 | Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos(SINASC) |
| Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de | Número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres de 25 a 64 anos / um terço da população feminina de 25 a 64 anos no mesmo ano e local / Valor referente a 2 meses anteriores | Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Código do Procedimento: |

| | | |
|---|--|--|
| <p>determinado local e a população da mesma faixa etária</p> | | <p>0203010019 - exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora (Ministério da Saúde). Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero - SISCOLO e SISCAN - Sistema de Informação de Câncer (Painel SUBPAV) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)</p> |
| <p>Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária</p> | <p>Número de mamografias para rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos / metade da população feminina de 50 a 69 anos no mesmo ano e local / Valor referente a 2 meses anteriores</p> | <p>Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Código do Procedimento: 0204030188 - mamografia bilateral para rastreamento (M.S.). Sistema de Informação de Câncer de Mama - SISMAMA e SISCAN - Sistema de Informação de Câncer (Painel SUBPAV) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)</p> |
| <p>Nº de DIU inseridos</p> | <p>Contabilização dos procedimentos de inserção de DIU realizados pelas unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA): 0301040028 ATENDIMENTO CLINICO P/ INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) para um dado período, considerando as quantidades apresentadas pelas unidades, independente de aprovação ou valoração financeira. São consideradas unidades da atenção básica as seguintes: Tipo Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE, POLICLINICA, POSTO DE SAUDE, UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA, UNIDADE</p> | <p>Sistema de Informação Ambulatorial - SAI</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | MISTA ESFERA ADMINISTR.: Esfera Municipal / Valor referente ao mês de atendimento | |
| Proporção de nascidos vivos de mães menores de 20 anos residentes no RJ | Nº de nascidos vivos de mães menores de 20 anos em determinado local e período / Nº de nascidos vivos, no mesmo local e período X 100 | Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). |
| Taxa de mortalidade infantil | Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade/ Número de nascidos vivos de mães residentes X 1000. Para o cálculo mensal, é utilizada a técnica da média móvel dos últimos 12 meses | Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto. IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de Federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto |
| Cobertura vacinal tetra/pentavalente em menores de 1 anos | Nº de crianças menores de 1 ano vacinadas com a 3ª dose da DTP+Hib+Hep B / População de menores de 1 ano x 100. | APIWEB-DATASUS para doses aplicadas /SINASC para população menor de 1 ano de idade. |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Proporção de internação por asma em indivíduos <=14 anos</p> | <p>Numerador: Número de internações por asma na faixa etária < = 14 anos, em determinada área e período sobre Denominador: Número de internações por doenças respiratórias na faixa etária < ou = 14 anos , em determinada área e período OBS: O indicador do mês vigente deverá ser calculado com os resultados de 2 meses anteriores.</p> | <p>TABNET/SIH SUS.</p> |
| <p>Cobertura vacinal contra gripe no idoso</p> | <p>Nº de vacinados de 60 anos e mais, com dose anual contra gripe / População de 60 anos e mais x 100</p> | <p>APIWEB-DATASUS para doses aplicadas na campanha / população de 60 anos e mais, pelo IBGE</p> |
| <p>Proporção média mensal de participantes em escovação dental supervisionada</p> | <p>Método de Cálculo Municipal, Regional, Estadual e DF Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses / 12 X 100 População no mesmo local e período.</p> | <p>Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada, Qtde. Aprovada) IBGE - População Critério de Seleção: Ação coletiva de escovação dental supervisionada (Código:01.01.02.003-1).</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Proporção de exodontia em relação aos procedimentos odontológicos</p> | <p>Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada) IBGE - População Critério de Seleção: Numerador - Extrações dentárias (Códigos: 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE e 0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE) Denominador - Procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (Código: 31 códigos de procedimento) e Período. 0101020058 Aplicação de Cariostático (por dente); 0101020066 Aplicação de Selante (por dente); 0101020074 Aplicação tópica de flúor (individual por sessão); 0101020090 Selamento provisório de cavidade dentaria; 0307010015 Capeamento pulpar; 0307010031 Restauração de dente permanente anterior; 0307010040 Restauração de dente permanente posterior; 0307020010 Acesso a polpa dentária e medicação (por dente); 0307020029 Curativo de demora c/ ou s/ Preparo biomecânico; 0307020037 Obturação de dente decíduo; 0307020045 Obturação em dente permanente birradicular; 0307020053 Obturação em dente permanente c/ Três ou mais raízes; 0307020061 Obturação em dente permanente unirradicular; 0307020070 Pulpotomia dentária; 0307020088 retratamento endodôntico em dente permanente bi-radicular; 0307020096 Retratamento endodôntico em dente permanente c/ 3 ou mais raízes; 0307020100 Retratamento endodôntico em dente Permanente unirradicular; 0307020118 selamento de perfuração radicular; 0307030016 Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); 0307030024 Raspagem alisamento subgengivais (por sextante); 0307030032 Raspagem corono-radicular (por sextante); 0414020022 Apicectomia com ou sem obturação retrógrada; 0414020073 Curetagem periapical; 0414020138 Exodontia de dente permanente; 0414020146 Exodontia Múltipla com alveoloplastia por sextante; 0414020154 Gengivectomia (por sextante); 0414020162 Gengivoplastia (por sextante); 0414020219 Odontosecção/ Radilectomia/Tunelização; 0414020243 Reimplante e transplante dental (por elemento); 0414020367 Tratamento cirú</p> | <p>Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (Qtde. Apresentada, Qtde. Aprovada) IBGE - População Critério de Seleção: Extrações dentárias (Código: 04.14.02.012-3 e 04.14.02.013-8) Procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (Código: 16 códigos de procedimento) e Período</p> |
| <p>Taxa de mortalidade por doença Cerebrovascular em adultos de 30-59 anos</p> | <p>Número de óbitos por doenças cerebrovasculares em adultos de 30-59 anos / População de 30 a 59 anos residente do município X 100.000. Os óbitos por doenças cerebrovasculares correspondem aos códigos I60 a I69 do capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Para o cálculo mensal, é utilizada a técnica da média móvel dos últimos 12 meses.</p> | <p>Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Proporção de diabéticos cadastrados na eSF</p> | <p>Numerador: número de diabéticos cadastrados na ESF, a partir dos dados do Tabnet – Subpav. Acessar http://subpav.org/tabnet/tabnet_siab_sitsaude.php Selecionar na linha “município”, coluna “não ativa” e conteúdo “DM cadastrado”, dentro do período desejado.</p> <p>Denominador: Número de diabéticos estimados na população cadastrada na ESF. Acessar http://subpav.org/tabnet/tabnet_siab_cadastro.php Selecionar na linha “município”, coluna “não ativa” e conteúdo “mulheres maiores de 20 anos e homens maiores de 20 anos”, dentro do período desejado.</p> <p>A partir do total obtido que é a população >20 anos, calcular o número de diabéticos estimados utilizando dados do vigitel para maiores de 18 anos do ano anterior.</p> <p>O resultado será numerador/denominador x 100 OBS: O indicador do mês vigente deverá ser calculado com os resultados disponíveis na plataforma SUBPAV de 2 meses anteriores, em virtude da atualização no site não estar disponível no momento do cálculo do mês vigente.</p> | <p>Numerador: SSA2 (Diabéticos) do SIAB; Denominador: Ficha A. Numerador e Denominador - relatórios dos prontuários eletrônicos - plataforma SUBPAV.</p> |
| <p>Proporção de abandono de tratamento de TB</p> | <p>Média móvel de 12 meses: (Total de casos de tuberculose em residentes no município encerrados por abandono de tratamento no período de 12 meses a contar de 12 meses anteriores ao mês avaliado) / (Total de casos de tuberculose em residentes no município notificados no mesmo período) X 100 Ex.: Para avaliação do mês de Junho/2017, utiliza-se a coorte de pacientes diagnosticados entre Julho/2015 e Junho/2016 (ou seja, a coorte termina 12 meses antes do mês avaliado). Soma-se o número de casos neste período com desfecho abandono, divide-se pelo número total de casos diagnosticados no período e multiplica-se por 100. Para o cálculo consolidado do ano, será utilizada a coorte de pacientes com diagnóstico no ano anterior ao ano avaliado. Ex.: Para o consolidado do ano de 2016 serão avaliados os pacientes diagnosticados em 2015.</p> | <p>SINAN</p> |

| | | |
|---|---|-------------------|
| <p>Proporção de cura de casos novos de TB</p> | <p>Média móvel de 12 meses: (Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial em residentes no município encerrados por cura no período de 12 meses a contar de 12 meses anteriores ao mês avaliado) / (Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial em residentes no município notificados no mesmo período) X 100 Ex.: Para avaliação do mês de Junho/2017, utiliza-se a coorte de pacientes diagnosticados entre Julho/2015 e Junho/2016 (ou seja, a coorte termina 12 meses antes do mês avaliado). Soma-se o número de casos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial neste período com desfecho cura, divide-se pelo número total de casos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial diagnosticados no período e multiplica-se por 100. Para o cálculo consolidado do ano, será utilizada a coorte de pacientes com diagnóstico no ano anterior ao ano avaliado. Ex.: Para o consolidado do ano de 2016 serão avaliados os pacientes diagnosticados em 2015.</p> | <p>SINAN</p> |
| <p>Proporção de cura de casos novos de hanseníase</p> | <p>Numerador: Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação) e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação; Denominador: Total de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local Fator de multiplicação: 100.</p> | <p>SINAN</p> |
| <p>Nº de testes rápidos de HIV realizados</p> | <p>Contabilização dos testes realizados pelas unidades que compõem a rede de atenção básica, através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA): 0202030296 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT); 0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA); 0202031020 PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA; 0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM GESTANTE; 0214010058 TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE INFECCAO PELO HIV) Para um dado período, considerando as quantidades apresentadas pelas unidades, independente de aprovação ou valoração financeira. São consideradas unidades da atenção básica as seguintes: Tipo Estabelecimento: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE, POLICLINICA, POSTO DE SAUDE, UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA, UNIDADE MISTA ESFERA ADMINISTR.: Esfera Municipal / Valor referente ao mês de atendimento</p> | <p>TABNET/SAI</p> |

| | | |
|--|--|---|
| Proporção de atendimento em até 5 dias das solicitações sobre dengue no 1746 | (Número de chamados relacionados a focos do aedes aegypti, atendidos no prazo (cinco dias úteis), do sistema 1746 / Quantidade dos chamados no mesmo sistema, relacionados a focos de aedes aegypti) x 100 | Prefeitura do Município do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal da Casa Civil. Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde. Central de Atendimento 1746. |
| Cobertura de imóveis com visitas domiciliares da Vigilância Ambiental em saúde programadas | Visitas efetivamente realizadas x 100 / Base de imóveis elegíveis do MRJ (2.187.920) x 4 | SISFAD |
| Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante | (Número de atendimentos médicos e de enfermagem / População cadastrada) | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Proporção de encaminhamentos para consulta ambulatorial especializada | (Número de encaminhamentos para consulta ambulatorial especializada / Número total de atendimentos médicos) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Proporção de serviços ofertados pela Equipe de Saúde da Família | (Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe/ Total de ações e serviços esperados pela equipe de Atenção Primária) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Proporção de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida | (Número de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida / Número total de recém-nascidos cadastrados) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal | (Número de mulheres que encerraram o pré-natal com 6 ou mais consultas na área no período em análise / Número total de mulheres que encerraram o pré-natal no período em análise) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Cobertura de primeira consulta odontológica programática | (Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática / População cadastrada) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero | (Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos / Número de mulheres de 25 a 64 anos, residentes no respectivo local e ano) / 3 | Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) |

| | | |
|--|---|---|
| Controle Glicêmico em Diabéticos | (Número de diabéticos cadastrados da equipe com dosagem de hemoglobina glicada menor que 8% aferida nos últimos 6 meses / Número de diabéticos cadastrados) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB e Laboratório |
| Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do PBF e CFC | (Número de beneficiários do PBF e CFC com perfil saúde acompanhados / Número total de beneficiários do PBF e CFC) x 100 | Portal Bolsa Família – Plataforma SUBPAV |
| Proporção de casos de sífilis na gestação com tratamento adequado | (Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período com tratamento adequado / Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período) x 100 | SINAN |
| Ações do Programa Saúde na Escola (PSE) | (Número de escolas e creches com atividades coletivas registradas [com identificação do INEP] / Número total de escolas e creches sob responsabilidade da equipe) x 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura | (Número de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura / Número total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados no período) x 100 | SINAN |
| Cobertura Vacinal de Pentavalente (3ª dose) em crianças de um ano | (Número de crianças com 12 meses completos vacinadas (Pentavalente) / Número de crianças com 12 meses completos cadastradas) X 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB e SI-PNI |
| Proporção de consultas ou VDs pós-alta para condições selecionadas | [(Atendimento Hipertensão) + (Atendimento Diabetes) + (Atendimento Obesidade)] / [(Pop x Coef Prev HAS) + (Pop x Coef Prev DM) + (Pop x Coef Prev Obes)] Pop = população cadastrada com 18 anos ou mais Coef Prev = HAS = 0,239; DM = 0,064; Obesidade = 0,231 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB |
| Cobertura Vacinal com Pentavalente em crianças <de 1 ano de idade | | |
| Cobertura Vacinal de Febre Amarela em crianças menores de 1 ano de idade | | |
| Cobertura Vacina de Dtpa em gestantes | | |
| Proporção de qualificação da notificação de EAPV notificados | | |
| Proporção de óbitos de mulheres em | | |

| |
|--|
| idade fértil investigados |
| Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil ignorados |
| Proporção de óbitos maternos investigados |
| Proporção de óbitos fetais investigados por AP de ocorrência |
| Proporção de óbitos fetais investigados por AP de residência |
| Proporção de óbitos de < 1 ano investigados por AP de ocorrência (>1000 e 2500g) |
| Proporção de óbitos de < 1 ano investigados por AP de residência ($\geq 2.500g$) |
| Proporção de nascimentos processados no SINASC |
| Proporção de óbitos processados no SIM |
| Proporção de óbitos não feitas com causa mal definida investigados |
| Proporção de óbitos não feitas com causa tuberculose investigados |
| Proporção de unidade públicas de saúde com notificação de violência doméstica , sexual e outras violências |
| Proporção de digitação oportuna de casos de violência autoprovacada |
| Proporção de atendimento antirrábico humano com encerramento oportuno das unidades de 1º atendimento |

| |
|---|
| Proporção de casos de dengue com investigação laboratorial |
| Proporção de de casos de notificação compulsória imediata (DNCI)* encerradas até 60 dias após notificação |
| Proporção de doença meningocócica com exame laboratorial realizado |
| Proporção de casos de meningite encerrados como "NÃO ESPECIFICADA" |
| Proporção de unidades com notificação negativa de doenças exantemáticas |
| Percentual de notificação oportuna (≤ 7 dias) dos de Chikungunya |
| Cobertura de imóveis visitados |
| Proporção de armadilhas retiradas e enviadas em tempo hábil para análise |
| Visita direcionada aos casos de arboviroses |
| Proporção de ações relacionadas ao risco não biológico |
| Proporção de Surtos com notificação oportuna |
| Proporção de Surtos notificados de varicela em <5 anos com atualização vacinal em 120h |
| Proporção de envio oportuno de notificação de varicela grave |
| Proporção de surtos notificados de DTA com casos sintomáticos com |

| | | |
|---|---|--|
| coleta de amostra biológica | | |
| Atendimento do 1746 relacionados ao <i>Aedes spp.</i> | Prefeitura do Município do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal da Casa Civil. Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde. Central de Atendimento 1746. | SISFAD |
| Taxa de Mortalidade infantil | Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade/ Número de nascidos vivos de mães residentes X 1000. Para o cálculo mensal, é utilizada a técnica da média móvel dos últimos 12 meses | Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – para o cálculo direto. IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS), para as estimativas de nascidos vivos e de óbitos de mulheres em idade reprodutiva. Método indireto. |
| Taxa de Mortalidade neonatal | (Número de óbitos de residentes até o 27º dia de vida / Número de nascidos vivos de mães residentes) x 1000 | Fonte Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) |
| Taxa de Mortalidade pós neonatal | (Número de óbitos de residentes do 28º dia até completar um ano de vida / Número de nascidos vivos de mães residentes) x 1000 | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) Periodicidade Mensal Documento Oficial PPA 2018 Parâmetro/Meta Pactuada 9,0 por 1.000 nascidos vivos (Indicador Mortalidade Infantil) Valor de referência 8,3/1.000 nascidos vivos Ano de referência 2016 . Tendência |

| | | |
|--|--|---|
| | | Diminuição Observação Para o cálculo mensal será considerado o valor acumulado desde janeiro até o mês avaliado. |
| Razão de Mortalidade materna | Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna / Número de nascidos vivos de mães residentes X 100.000. Para o cálculo mensal, é utilizada a técnica da média móvel dos últimos 12 meses | Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – para o cálculo direto. IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS), para as estimativas de nascidos vivos e de óbitos de mulheres em idade reprodutiva. Método indireto. |
| Numero de casos de tuberculose encerrados como abandono de tratamento | Quantitativo de casos encerrados como abandono de tratamento | SINAN |
| Cobertura vacinal pentavalente (3ª dose) em crianças de 1 ano | (Número de crianças com 12 meses completos vacinadas (Pentavalente) / Número de crianças com 12 meses completos cadastradas) X 100 | e-SUS AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB e SI-PNI |
| Cobertura vacinal de dTpa em gestantes | | |
| Razão de exame colpocitológico de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos e população feminina da mesma faixa etária | (Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos / Número de mulheres de 25 a 64 anos, residentes no respectivo local e ano) / 3 | Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) |

| | | |
|---|---|--|
| Proporção de casos de sífilis na gestação com tratamento adequado | (Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período com tratamento adequado / Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período) x 100 | SINAN |
| Cobertura de BF | (Número de beneficiários do PBF e CFC com perfil saúde acompanhados / Número total de beneficiários do PBF e CFC) x 100 | Portal Bolsa Família – Plataforma SUBPAV |