



Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro  
Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária em Saúde  
Superintendência de Gestão da Vigilância em Saúde  
Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde



# BASIS

BOLETIM DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

Ano I

Número 01

FEVEREIRO DE 2022

# **BASIS**

BOLETIM DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

**ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE**

**2021**



# APRESENTAÇÃO

O Boletim de Análise da Situação de Saúde – BASIS, nasce da necessidade da produção de informação que permita descrever, explicar e avaliar o perfil de saúde-doença da população, incluindo os agravos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes de uma forma mais global, uma vez que cada área técnica já vem produzindo e divulgando especificamente sobre as doenças e agravos sob sua vigilância.

Nesta 1ª edição do BASIS, buscou-se fazer um estudo descritivo no qual foram analisados 20 dentre os 23 indicadores Tripartite utilizados na pactuação Interfederativa do SUS para a Secretaria de Estado de Saúde e as Regiões de Saúde do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2020, com vistas ao monitoramento e avaliação do processo de planejamento no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

O presente boletim é fruto da construção coletiva e da colaboração de diversas áreas técnicas da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde – SUBVAPS, aqui representadas pelo Grupo Técnico de Informação, instituído no âmbito da SUBVAPS.

Esperamos que as informações trazidas neste boletim sejam úteis para auxiliar nas ações de planejamento e organização das ações de vigilância e de atenção à saúde tanto na Secretaria de Estado de Saúde, quanto para as Secretarias Municipais de Saúde.

**Mário Sérgio Ribeiro**  
Subsecretário  
Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária em Saúde  
Secretaria de Estado de Saúde/RJ

# INTRODUÇÃO

A Informação é, desde muito tempo e cada vez mais, ferramenta fundamental e indispensável para o processo de gestão em qualquer área ou ramo de atividade. Na Saúde Pública, e principalmente nela, não poderia ser diferente visto que envolve a saúde e a vida de indivíduos de uma determinada população, em uma determinada localidade. Ela vem sendo uma questão que preocupa não somente cientistas e intelectuais, mas também políticos, empresários, banqueiros, etc [1]. Nas últimas décadas a informação vem demonstrando um crescente aprimoramento no que se refere à sua utilização levando tanto a uma "emancipação dos indivíduos de uma sociedade" quanto ao fracasso administrativo e/ou de gestão, neste último caso quando mal utilizada ou interpretada sendo, de qualquer modo, um termo cada vez mais cotidiano entre os indivíduos de diversas camadas sociais [1].

Segundo Souza [2], as informações e os indicadores de saúde podem ser descritos como os olhos dos atores responsáveis pela formulação das políticas de saúde num território. Para a formulação dessas políticas de saúde é necessário um conjunto de informações que perpassam diversas áreas como demografia, socioeconomia, epidemiologia, atenção à saúde e mortalidade, sobre as quais são necessárias informações, indicadores e dados confiáveis, de modo a permitir um melhor direcionamento e processo decisório.

Elisabeth Carmen Duarte, em seu editorial "A informação, a análise e a ação em saúde" aponta a melhora na qualidade das fontes de informação do SUS – Sistema Único de Saúde, vindo acompanhada da evolução de tecnologias que cada vez mais permitem um processo analítico mais abrangente, eficiente e eficaz, de modo mais elucidativo e preenchendo mais lacunas existentes entre os problemas de saúde e seus determinantes. Ao mesmo tempo, as evidências científicas não excluem totalmente as incertezas, que persistem, levando a considerar que as ações, programas e políticas necessitam de permanente processo de monitoramento e avaliação, com vistas a possíveis ajustes e/ou correções [3].

A Análise de Situação de Saúde é um processo analítico/sintético, constante e que, embora não seja recente – o método denominado “análise de situação”, surgiu como uma estratégia de guerra – vem se transformando numa ferramenta extremamente importante para o processo de gestão da saúde dos territórios por permitir caracterizar, medir e até explicar o processo saúde-doença de uma determinada população, bem como os seus determinantes ampliando assim o conhecimento sobre o perfil de doenças desses territórios ou de um determinado espaço geográfico.

O presente documento, construído com a colaboração de diversas áreas técnicas da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde, buscou fazer uma breve descrição da evolução dos indicadores de saúde definidos na Pactuação Tripartite durante o período de até 6 anos, com vistas ao monitoramento e avaliação do processo de planejamento da Saúde Pública no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

# MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo no qual foram analisados os 20 indicadores Tripartite utilizados na pactuação Interfederativa do SUS para o Estado e as regiões de saúde do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2020.

O estado do Rio de Janeiro localiza-se na região Sudeste do Brasil. É o terceiro estado mais populoso do país com 17.463.349 habitantes e densidade demográfica de 365,23 hab/km<sup>2</sup> (IBGE 2021) [4]. Seu território é dividido em 92 municípios, e nove regiões de saúde. A região Metropolitana I, possui 12 municípios, entre eles a capital, Rio de Janeiro, e abriga mais de 60% da população do estado. A região Baía da Ilha Grande, formada por três municípios, é a menor região e possui a menor população (Tabela 1).

## Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

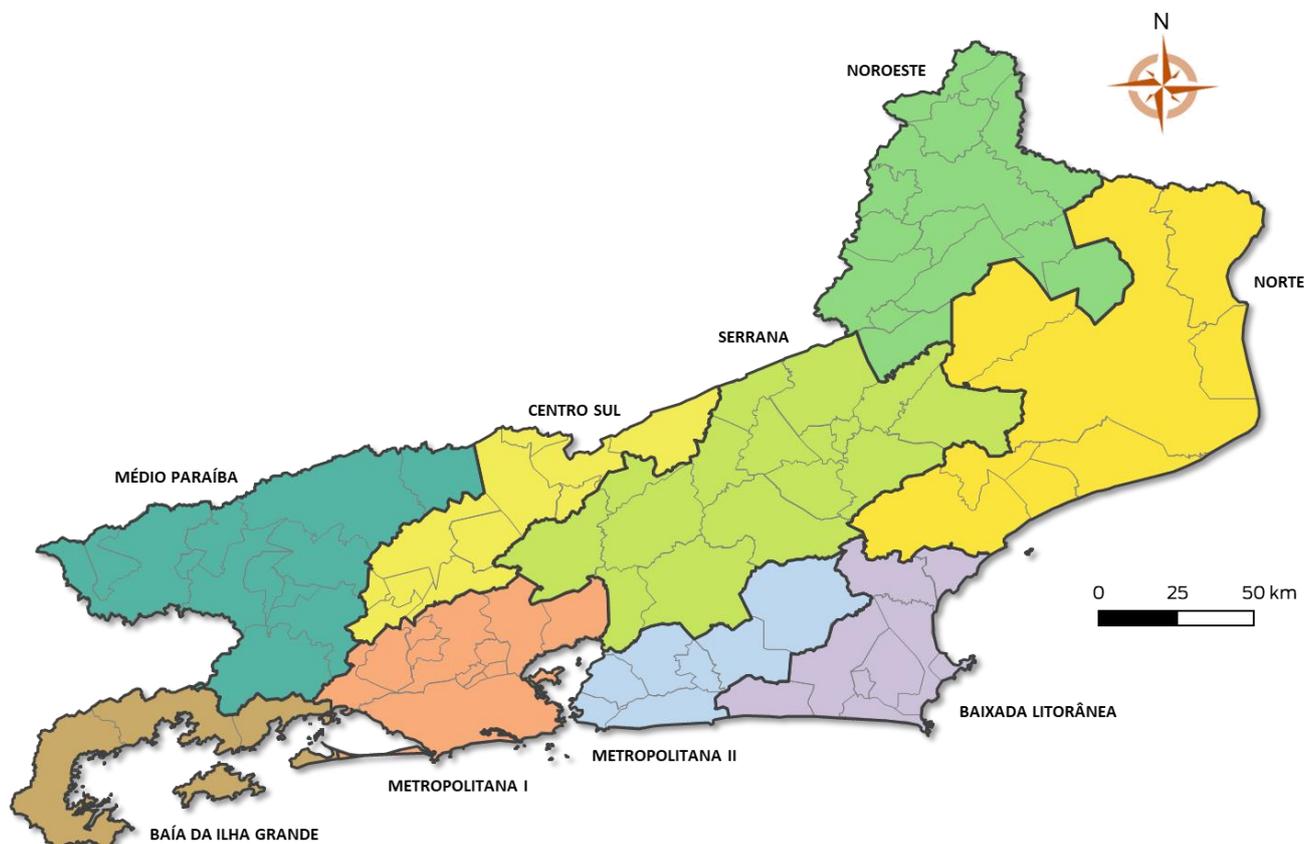


Tabela 1 - População estimada das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro – 2020

Região de Saúde	População estimada
Baía da Ilha Grande	295.944
Baixada Litorânea	855.444
Centro-Sul	342.078
Médio Paraíba	918.097
Metropolitana I	10.542.254
Metropolitana II	2.131.058
Noroeste	349.417
Norte	955.122
Serrana	976.775

Fonte: IBGE [4]

# FONTE E ANÁLISE DOS DADOS

Os indicadores<sup>1</sup> estabelecidos para o período de 2017 a 2021 pela Resolução no 8 de novembro de 2016 da Comissão Intergestores Tripartite [6], foram agrupados nos temas Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e Mortalidade conforme disposto no Quadro 1.

Os dados relativos aos indicadores da pactuação tripartite, de 2015 a 2020, foram extraídos segundo municípios e regiões de saúde do site da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro [7]. O período considerado buscou contemplar, dois anos anteriores ao pacto, o ano de pactuação e os três anos subsequentes. Em caso de ausência de dados, a análise se limitou ao período com dados disponíveis.

Os dados anuais dos indicadores foram representados graficamente e analisados considerando todo o estado e as nove regiões de saúde. Para os indicadores a análise inicial de cada um foi submetida às respectivas áreas técnicas da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária em Saúde, que foram previamente convidadas para participar do processo, com vistas a possíveis complementações julgadas necessárias, novas informações e/ou eventuais correções.

O retorno das áreas técnicas que aderiram ao processo de construção, se deu por meio de diálogos, reuniões e troca de mensagens eletrônicas para ampliação da discussão sobre a importância, o desempenho e fragilidades dos indicadores.

## Quadro 1: Indicadores de Pactuação da Tripartite e suas numerações [6] segundo agrupamento por temas.

Temas	Indicadores Pactuação Tripartite
Atenção à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (06);</li> <li>- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos (11);</li> <li>- Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres</li> </ul>

<sup>1</sup> A [Resolução de Consolidação CIT nº 1](#), de 30 de março de 2021, revogou as resoluções que estabeleceram os indicadores analisados neste documento e determinou que cada estado da Federação deverá selecionar os seus próprios indicadores, conforme suas prioridades sanitárias [5].

	<p>de 50 a 69 anos (12);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporção de parto normal (13);</li> <li>- Proporção de gravidez na adolescência (14);</li> <li>- Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (17);</li> <li>- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (18);</li> <li>- Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica (19);</li> <li>- Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (21).</li> </ul>
<b>Vigilância em Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporção de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após a notificação (05);</li> <li>- Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (08);</li> <li>- Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos (09).</li> <li>- Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez (10);</li> <li>- Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (20);</li> <li>- Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (23).</li> </ul>
<b>Mortalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mortalidade prematura pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (01);</li> <li>- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados (02);</li> <li>- Proporção de registro de óbitos com causa básica definida (03);</li> <li>- Taxa de mortalidade infantil (15);</li> <li>- Número de óbitos maternos (16).</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela equipe técnica da COOIAS a partir dos Indicadores de Pactuação da Tripartite (<https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus/2019/01/indicadores>). Entre parênteses os números dos indicadores na planilha.

# INDICADORES DA PACTUAÇÃO TRIPARTITE

## Descrição e forma de cálculo

Os Indicadores da Pactuação Tripartite são elaborados com dados de diferentes fontes e possuem particularidades na obtenção dos mesmos e na forma de cálculo, conforme descrito em suas respectivas normas técnicas [7]. As especificidades e algumas observações serão brevemente descritas a seguir.

## INDICADORES RELACIONADOS COM A ATENÇÃO À SAÚDE

### Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

**Descrição:** Percentual de cura dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN).

**Cálculo:** Número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31/12 do ano de avaliação dividido pelo número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes multiplicado por 100.

**Aplicação:** Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento.

**Parâmetro de Avaliação segundo Ministério da Saúde [8]:** Bom:  $\geq 90\%$ ; Regular:  $\geq 75$  a  $89,9\%$ ; Precário:  $< 75\%$ ;

**Observação:** Coortes de casos Paucibacilar – casos diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação. Coortes de casos Multibacilar – casos diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação.

## Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos

**Descrição:** Razão entre o número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres residentes na faixa etária de 25 a 64 anos durante o ano e  $\frac{1}{3}$  da estimativa da população feminina no mesmo ano, mesma faixa etária e área geográfica.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e estimativas da população feminina do Ministério da Saúde/SVS/CGIAE para 2015 e da SES/RJ para o período de 2016 a 2020 [9].

**Cálculo:** Quantidade aprovada de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres residentes na faixa etária de 25 a 64 anos durante o ano dividido por  $\frac{1}{3}$  da estimativa da população feminina residente.

**Observação:** São considerados os exames citopatológicos do colo do útero com os códigos 02.03.01.001-9 e 02.03.01.008-6 realizados em mulheres residentes na faixa etária de 25 a 64 anos durante o ano.

## Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos

**Descrição:** Razão entre o número de exames de mamografia bilateral de rastreamento realizados em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos durante o ano e  $\frac{1}{2}$  da estimativa da população feminina no mesmo ano, faixa etária e área geográfica.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e estimativas da população feminina do Ministério da Saúde/SVS/CGIAE para 2015 e da SES/RJ para o período de 2016 a 2020 [9].

**Cálculo:** Quantidade aprovada de exames de mamografia bilateral de rastreamento realizados em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos durante o ano dividido por  $\frac{1}{2}$  da estimativa da população feminina residente na mesma faixa etária e ano.

**Observação:** São considerados os exames de mamografia bilateral de rastreamento com o código 02.04.03.018-8 realizados em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos durante o ano.

## Proporção de parto normal

**Descrição:** Percentual de nascidos vivos por parto normal.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

**Cálculo:** Número de nascidos vivos por parto normal dividido pelo número total de nascidos vivos, por parto normal (vaginal), cesáreo e não informado/ignorado multiplicado por 100.

**Observação:** O indicador não é exatamente a proporção de partos normais, pois os partos múltiplos estão contados de acordo com o número de nascidos vivos, e os partos de natimortos não estão contados. Os nascidos vivos com residência ignorada são contabilizados no valor do estado.

## Proporção de gravidez na adolescência

**Descrição:** Percentual de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos de idade.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

**Cálculo:** Número de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos de idade dividido pelo número total de nascidos vivos de mães de todas as idades multiplicado por 100.

**Observação:** O indicador não é exatamente a proporção de gravidezes na adolescência, pois as gestações múltiplas estão contadas de acordo com o número de nascidos vivos, e as gestações que resultaram em natimortos não estão contadas.

## Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

**Descrição:** Estimativa da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família (3.450 indivíduos por equipe) e por equipes da Atenção Primária tradicional e de Saúde da Família Equivalentes (3.000 indivíduos por equipe).

**Fonte dos dados:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e de estimativas populacionais, disponibilizadas através dos relatórios de Histórico de Cobertura, do e-Gestor da Atenção Básica.

$$\text{Cálculo: } \left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de eSF} \times 3.450 + (\text{N}^\circ \text{ de eAB param} + \text{N}^\circ \text{ de eSF equivalentes}) \times 3.000}{\text{Estimativa populacional}} \right) \times 100$$

Sendo:

- **Nº eSF:** número de equipes de Saúde da Família;
- **Nº eAB param.:** número de equipes de Atenção Básica parametrizadas;
- **Nº eSF equivalentes:** O mínimo de 60h de carga horária ambulatorial médica e mínimo de 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica equivale a uma equipe. Considera-se sempre o menor valor entre os quocientes, desde que o resultado seja no mínimo 1.
- **Estimativa populacional:** será considerada sempre a estimativa do ano anterior, e atualizada no mês de janeiro

**Parâmetro:** Considera o valor de 3.450 indivíduos cobertos por equipe de Saúde da Família, e 3.000 indivíduos cobertos pelas equipes de atenção básica parametrizadas e equipes equivalentes, resultados da média aritmética entre os valores mínimo e máximo definidos na PNAB 2011.

**Observação:** São excluídas do cálculo do indicador as equipes de Saúde da Família que apresentarem irregularidade por duplicidade no cadastro de profissionais no SCNES (em toda série histórica) ou suspensa por não envio de produção ao SISAB (a partir de janeiro de 2017). O método de cálculo do indicador vem sendo revisado, última revisão feita para os meses de maio, junho e julho/2020.

## Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família

**Descrição:** Proporção de beneficiários acompanhados sobre os beneficiários a serem acompanhados.

**Fonte dos dados:** Programa Bolsa Família na Saúde, do Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica (MS/SAS/DAB).

**Cálculo:** Número de beneficiários acompanhados dividido pelo número de beneficiários a serem acompanhados multiplicado por 100.

**Observação:** As informações relativas a beneficiários estão disponíveis a partir da segunda vigência de 2018.

## Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica

**Descrição:** Cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal na Atenção Primária.

**Fonte dos dados:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e de estimativas populacionais, disponibilizadas através dos relatórios de Histórico de Cobertura, do e-Gestor da Atenção Básica.

**Cálculo:** Percentual da população coberta por equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal equivalentes e parametrizadas na Atenção Primária tradicional, em relação à estimativa populacional.

## Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica

**Descrição:** Percentual de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que atingiram a meta quadrimestral de ações de matriciamento da Atenção Básica.

**Fonte dos dados:** Procedimento Matriciamento de Equipes da Atenção Básica (código 03.01.08.030-5) registrado no Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Cálculo:** Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que atingiram a meta com pelo menos 12 registros de ações de matriciamento da Atenção Básica no ano dividido pelo número total de CAPS habilitados multiplicado por 100.

**Observações:**

- As metas quadrimestrais são cumulativas desde o início do ano: 4 para o primeiro quadrimestre, 8 para o segundo e 12 para o terceiro;
- O Programa de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS) utiliza o indicador, porém de maneira diferente. Para o COFI-RAPS, as metas não são cumulativas, ou seja, são 4 registros por quadrimestre.

## INDICADORES RELACIONADOS COM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### Proporção de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após a notificação

**Descrição:** Percentual de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata encerrados em 60 dias após a notificação.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

**Cálculo:** Número de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata encerrados em 60 dias após a notificação dividido pelo número total de Doenças de Notificação Compulsória Imediata notificados multiplicado por 100.

**Observação:** O elenco de agravos considerados para o cálculo varia de acordo com a pactuação e período. De 2013 a 2016: Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013; de 2017 a 2021: Pactuação Interfederativa, Resolução CIT nº 8, de 24 de novembro de 2016.

**Fechamento:** 60 dias após o dia 31/12 do ano avaliado.

### Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade

**Descrição:** Número de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano, incluindo os natimortos, abortos e sífilis congênita recente.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN).

**Cálculo:** Número de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano.

**Observação:** São excluídos os casos descartados, sem classificação final ou de sífilis congênita tardia.

## Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos

**Descrição:** Número de casos de aids em menores de 5 anos de idade, segundo o período de diagnóstico e município de residência.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

**Cálculo:** Número de casos de Aids em menores de 5 anos.

## Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

**Descrição:** Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA).

**Cálculo:** 
$$\frac{1,2 \times PCT + 1,0 \times PT + 1,0 \times PCRL}{3,2}$$

Sendo:

- **PCT:** % Análises realizadas coliformes totais;
- **PT:** % Análises realizadas turbidez;
- **PCRL:** % Análises realizadas Cloro residual livre.

**Observação:** As proporções consideram o número de amostras realizadas para cada parâmetro sobre o total de amostras obrigatórias para o mesmo parâmetro.

## Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano<sup>2</sup>

**Descrição:** Proporção de municípios que realizam de 6 a 7 grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

**Cálculo:** Número de municípios que cumpriram a meta dividido pelo total de municípios multiplicado por 100.

**Observação:** Este indicador é válido para regiões de saúde e para o total do estado. As ações consideradas necessárias são 6 das seguintes: 01.02.01.007-2: Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária; 01.02.01.052-8: Instauração de processo administrativo sanitário; 01.02.01.017-0: Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária; 01.02.01.024-2: Atendimento a denúncias/reclamações; 01.02.01.022-6: Atividade educativa para a população; 01.02.01.005-6: Atividades educativas para o setor regulado; 01.02.01.023-4: Recebimento de denúncias/reclamações.

## Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho

**Descrição:** Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

**Cálculo:** Número de notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo “Ocupação” preenchido dividido pelo número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados.

---

<sup>2</sup> Este indicador foi excluído pela Resolução CIT n° 45 de 25 de julho de 2020 [10].

**Observação:** A ocupação considera o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo SINAN.

## INDICADORES RELACIONADOS COM MORTALIDADE

### Mortalidade prematura pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

**Descrição:** Número de óbitos de residentes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (I00-I99, C00-C97, E10-E14, J30-J98), para cada 100.000 habitantes, na faixa etária de 30 a 69 anos.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e, para a população, estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE para o ano de 2015 e pela SES/RJ para os anos de 2016 a 2020 [9].

**Cálculo:** Número de óbitos de residentes na faixa etária de 30 a 69 anos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) dividido pela população de residentes na mesma faixa etária multiplicado por 100.000.

**Observação:** Para o cálculo do indicador não são considerados os óbitos por Síndromes Mielodisplásicas, classificados em D46. São considerados os municípios de residência dos falecidos. Os óbitos com residência ignorada são contabilizados no valor do estado.

### Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados

**Descrição:** Percentual dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), de 10 a 49 anos, investigados sobre o total de óbitos MIF notificados.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Módulo de investigação.

**Cálculo:** Número de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), de 10 a 49 anos, investigados dividido pelo total de óbitos MIF notificados multiplicado por 100.

**Observação:** São considerados no cálculo os municípios de residência da falecida. Os óbitos com residência ignorada são contabilizados no valor do estado.

## Proporção de registro de óbitos com causa básica bem definida

**Descrição:** Percentual de óbitos com causa básica bem definida dentre os óbitos totais por todas as causas.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

**Cálculo:** Número de óbitos com causa básica bem definida dividido pelo total de óbitos por todas as causas multiplicado por 100.

**Observação:** Consideram-se bem definidas as causas não pertencentes ao Capítulo XVIII da CID-10 – Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte (R00-R99), exceto R95 (Síndrome de Morte Súbita na Infância). Para o cálculo do indicador são considerados os óbitos não fetais segundo o município de residência do falecido. Os óbitos com residência ignorada são contabilizados no valor do estado.

## Taxa de Mortalidade Infantil

**Descrição:** Número de óbitos de menores de 1 ano para cada 1.000 nascidos vivos no mesmo local e período de referência.

**Fonte dos dados:** Óbitos - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos vivos - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

**Cálculo:** Número de óbitos de menores de 1 ano dividido pelo número de nascidos vivos multiplicado por 1.000.

**Observação:** São considerados os municípios de residência do falecido e da mãe do nascido vivo. Os óbitos e nascimentos com residência ignorada são contabilizados nas taxas do estado.

## Número de óbitos maternos

**Descrição:** Número de óbitos maternos de residentes.

**Fonte dos dados:** Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

**Cálculo:** Número de óbitos maternos de residentes. Os óbitos com residência ignorada são contabilizados no valor do estado.

**Observação:** Definição de Óbito Materno: “*Morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas adotadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais*” (OMS, CID-10ª Revisão) [11]. São considerados os municípios de residência da falecida. Os óbitos com residência ignorada são contabilizados no valor do estado.

# ANÁLISE DOS INDICADORES

Foram analisados 20 indicadores dentre os 23 pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Os três indicadores que foram excluídos da presente análise, bem como as respectivas justificativas são: O indicador 04 - Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada, foi excluído do presente documento após a análise inicial, por falta de informações suficientes. O indicador 07 - Número de casos autóctones de malária - não se aplica ao estado do Rio de Janeiro. No caso do indicador 22 - Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue, existem 2 enfoques para seu cálculo - um considerando os municípios (nível municipal) e outro apenas aplicável ao nível do estado como um todo, não sendo viável seu cálculo no âmbito das regiões.

As áreas técnicas relacionadas a 15 desses indicadores fizeram a devolução do material encaminhado com contribuições às análises iniciais. Aquelas áreas convidadas que não chegaram a enviar o material revisado até o período estipulado para fechamento deste boletim, justificaram o fato informando questões relacionadas com a intensificação das demandas de trabalho e as equipes reduzidas.

## INDICADORES RELACIONADOS COM A ATENÇÃO À SAÚDE

### Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

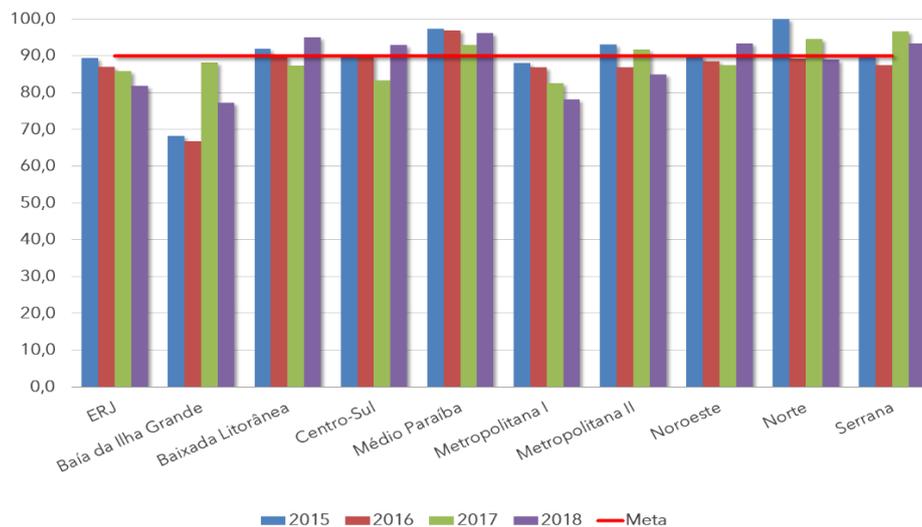
Este indicador tem como objetivo avaliar a qualidade da atenção e acompanhamento dos casos novos até a completitude do tratamento.

O Ministério da Saúde [8] utiliza como parâmetros para avaliação deste indicador: bom  $\geq 90\%$ ; regular  $\geq 75$  a  $89,9\%$  e precário  $< 75\%$ .

No período de 2015 até 2020, o estado do Rio de Janeiro permaneceu abaixo da meta de 90% preconizada pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

O indicador apresentou variação de 77,6% (2019) a 89,3% (2015). A região Médio Paraíba apresentou as mais altas proporções de cura no período, seguida pelas regiões Centro-Sul e Serrana. As regiões Metropolitana I e Baía da Ilha Grande apresentaram valor categorizado como precário (<75%) pelo Ministério da Saúde em pelo menos um ano durante o período considerado na análise.

### Proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 até 2020



Fonte: Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

### Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos

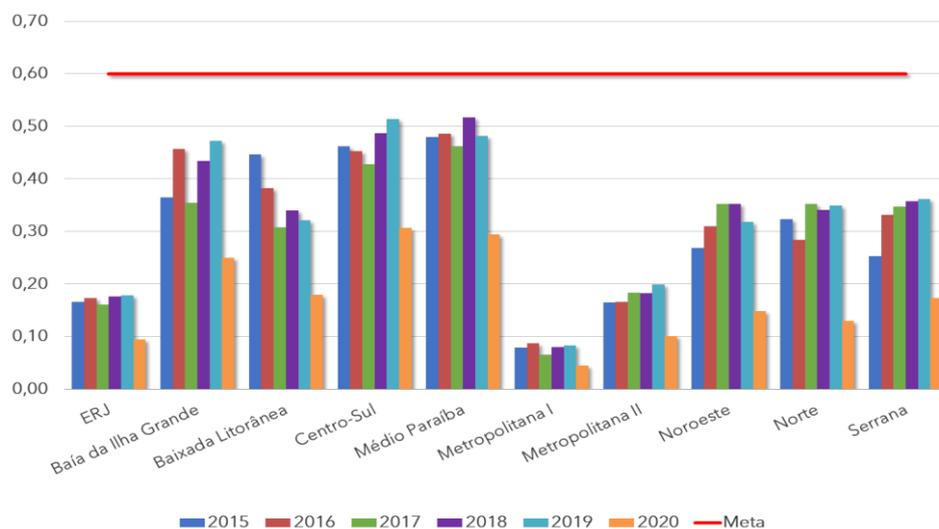
O exame citopatológico do colo do útero é importante estratégia para prevenção e diagnóstico precoce de lesões anteriores ao câncer ou o próprio câncer.

No estado do Rio de Janeiro a razão de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres com idade entre 25 e 64 anos esteve abaixo da meta de 0,6 em todo o período observado, com discreto aumento nos dois anos posteriores à pactuação seguido de declínio em 2020, quando apresentou o menor valor (0,09).

Considerando as regiões de saúde, o mesmo comportamento observado no estado ocorreu na Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II e Serrana. A Região Noroeste, após a pactuação, apresentou declínio nos valores do indicador, também acentuado em 2020. Os melhores desempenhos, embora abaixo da meta, foram observados nas regiões Centro-Sul, Médio Paraíba, Baía da Ilha Grande e Baixada Litorânea. As regiões Metropolitana I e II, que abrigam a maior parte da população do estado, foram as que apresentaram os menores valores.

Quando levamos em conta que a análise do indicador revela baixa cobertura do referido exame no estado e nas regiões de saúde, e que a meta pactuada ainda não foi alcançada e teve importante declínio em 2020, provavelmente devido à pandemia de COVID-19, faz-se necessário intensificar as ações que possam contribuir para o aumento da realização do exame, bem como a melhor utilização dos sistemas de informação e a revisão da pactuação dos exames citopatológicos de colo do útero.

#### Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e estimativas da população feminina do Ministério da Saúde/SVS/CGIAE para 2015 e da SES/RJ para o período de 2016 a 2020 [9]/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

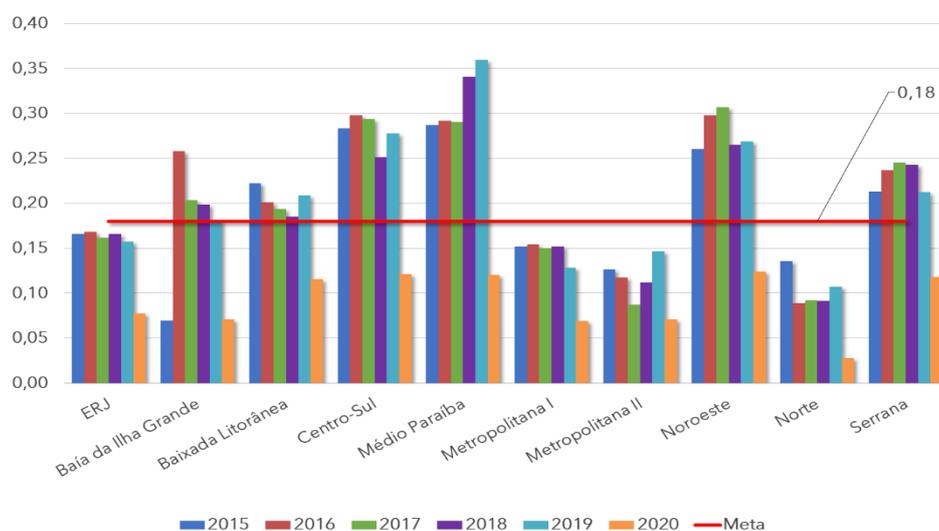
## Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos

A realização de mamografia de rastreamento é importante estratégia para o diagnóstico e tratamento precoce do câncer de mama. No estado do Rio de Janeiro a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos esteve muito próximo da meta pactuada de 0,18 em todos os anos analisados, com exceção de 2020, ano da pandemia de COVID-19.

Considerando as regiões de saúde, apresentaram valores do indicador superiores a meta em todos os anos (exceto em 2020): Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Noroeste e Serrana. O maior percentual de exames realizados (36%) foi alcançado pela região Médio Paraíba no ano de 2019. Nas regiões Metropolitana I, Metropolitana II e Norte a razão de exames realizados foi abaixo da meta em todo o período. Na Baía da Ilha Grande a meta não foi alcançada nos anos de 2015 e 2020 apenas.

Tendo em vista o comportamento de distanciamento da meta observado em algumas regiões e no ano de 2020, faz-se necessário intensificar as ações que possam contribuir para o aumento da realização do exame, bem como a melhor utilização dos sistemas de informação e a revisão da pactuação dos exames mamográficos.

### Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e estimativas da população feminina do Ministério da Saúde/SVS/CGIAE para 2015 e da SES/RJ para o período de 2016 a 2020[9]/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ.

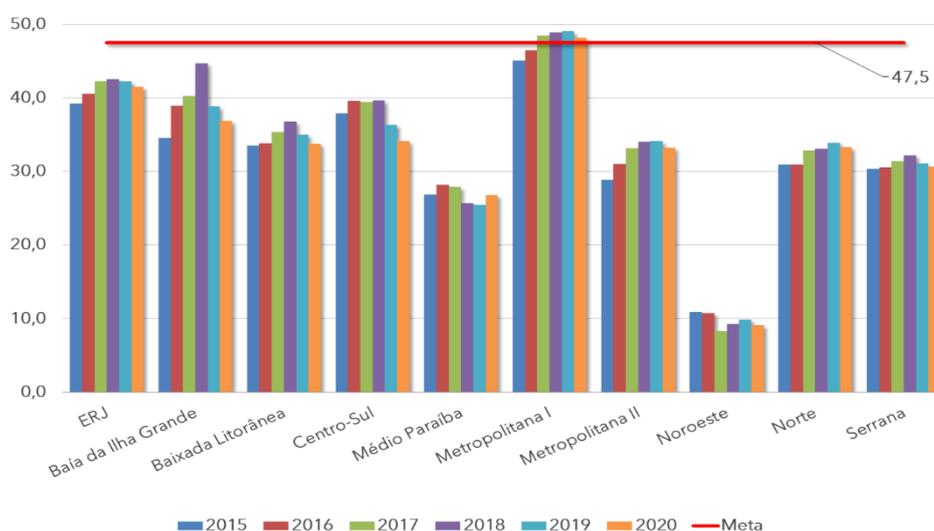
## Proporção de parto normal

A proporção de nascidos vivos por parto normal reflete em parte os esforços adotados nas diferentes esferas para incentivar sua escolha, nos casos em que não oferece riscos à mãe e ao bebê, reforçando as vantagens do parto normal em relação ao parto cesáreo. No estado do Rio de Janeiro a proporção de nascidos vivos por parto normal apresentou comportamento de discreto aumento no período analisado, mas ainda abaixo da meta pactuada de 47,5%. Considerando as regiões de saúde, apenas a Metropolitana I alcançou a meta no ano de 2017, mantendo-a nos anos seguintes.

As regiões Metropolitana II e Norte apresentaram comportamento de acréscimo nos valores do indicador no período de 2015 a 2019, com discreta redução em 2020. Nas regiões Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Noroeste e Serrana observou-se aumento na proporção de nascidos vivos por parto normal no ano subsequente ao da pactuação, com posterior declínio. A região Noroeste apresentou os menores percentuais no período ficando em torno de 10%. O Médio Paraíba apresentou comportamento um pouco diferenciado, com declínio no valor da proporção nos dois anos seguintes à pactuação e discreto aumento em 2020.

Considerando que na maioria das regiões de saúde a proporção de nascidos vivos por parto normal ainda se encontra afastada da meta pactuada, ações de apoio e incentivo ao parto normal devem ser intensificadas.

### Proporção de parto normal – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



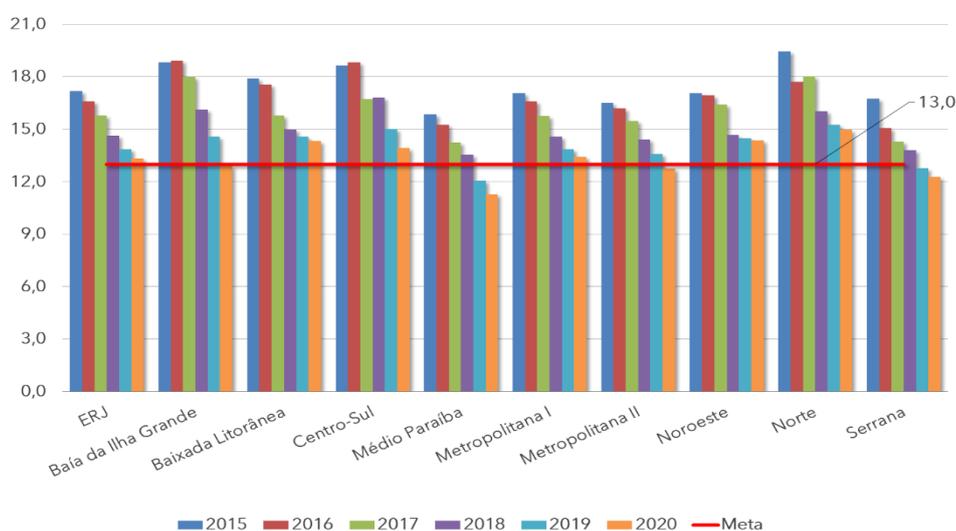
Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ.

## Proporção de gravidez na adolescência

A proporção de gravidez na adolescência reflete questões relacionadas à atenção à saúde dos adolescentes e também socioeconômicas das famílias e dos territórios. Apesar das limitações do indicador, por não representar exatamente a proporção - uma vez que as gestações múltiplas são contadas de acordo com o número de nascidos vivos e que as gestações que resultam em natimortos não são consideradas - observa-se um suave declínio no número de nascidos de mães adolescentes em todo o estado no período considerado, que praticamente alcançou a meta de 13,0% em 2020. Entretanto, não é possível avaliar se essa queda é real ou se é afetada em alguma região ou município pela exclusão de natimortos.

Nas regiões de saúde o mesmo comportamento de declínio foi observado no período especialmente nos anos subsequentes ao da pactuação, contudo valores abaixo da meta pactuada foram observados apenas para algumas dessas regiões e em alguns anos: Baía da Ilha Grande e Metropolitana II (em 2020), Médio Paraíba e Serrana (em 2019 e 2020). Considerando o comportamento de queda no número de nascidos vivos de mães na adolescência no estado e regiões de saúde, as ações de saúde voltadas a esse público que possam contribuir para o alcance e manutenção da meta pactuada devem ser intensificadas.

### Proporção de gravidez na adolescência – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

## Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

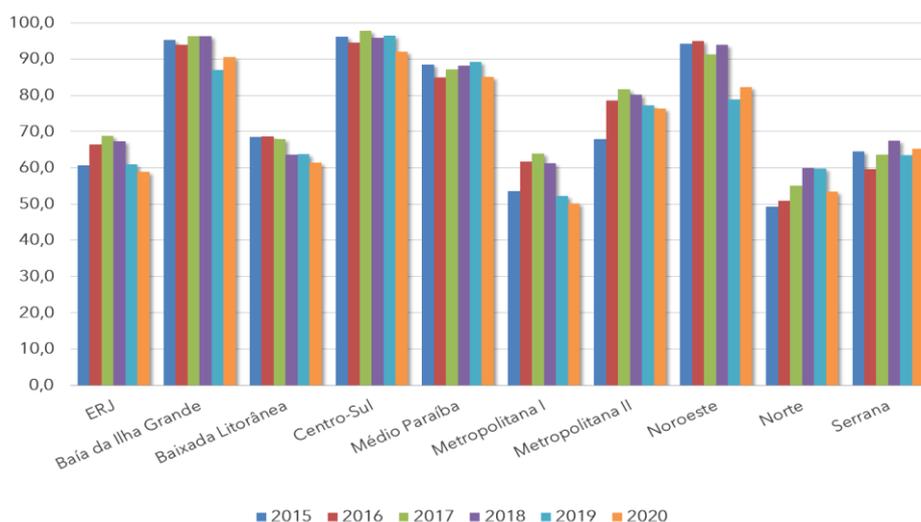
O gráfico abaixo apresenta o histórico da cobertura estimada pelas equipes de Atenção Básica entre os anos de 2015 e 2020, que esteve aproximadamente entre 60 a 70% no estado. As coberturas mais amplas, acima de 80% em todos os anos, foram observadas nas regiões Baía da Ilha Grande, Centro-Sul e Médio Paraíba. As coberturas mais baixas foram encontradas nas regiões Metropolitana I, Norte, Baixada Litorânea e Serrana.

Importante destacar que, em 2019, observa-se uma queda nesta cobertura no estado, induzida principalmente pela importante redução na cobertura no município do Rio de Janeiro, que é o mais populoso do estado.

A estimativa de pessoas cobertas pela Atenção Primária à Saúde é um indicador que busca representar a capacidade dos municípios de garantir acesso às ações e serviços de saúde deste nível de atenção. Atualmente, há diferentes parâmetros populacionais de cobertura por equipe de saúde da família (ESF) ou de atenção primária (EAP), de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, variando entre 2.750 a 4.000 pessoas para as equipes do nosso estado.

Com a instituição do novo modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde, Previne Brasil, publicado pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, mas que só começou a ser implementado em 2021, é possível que a queda no indicador continue, e que a comparação desse histórico não seja mais possível.

### Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



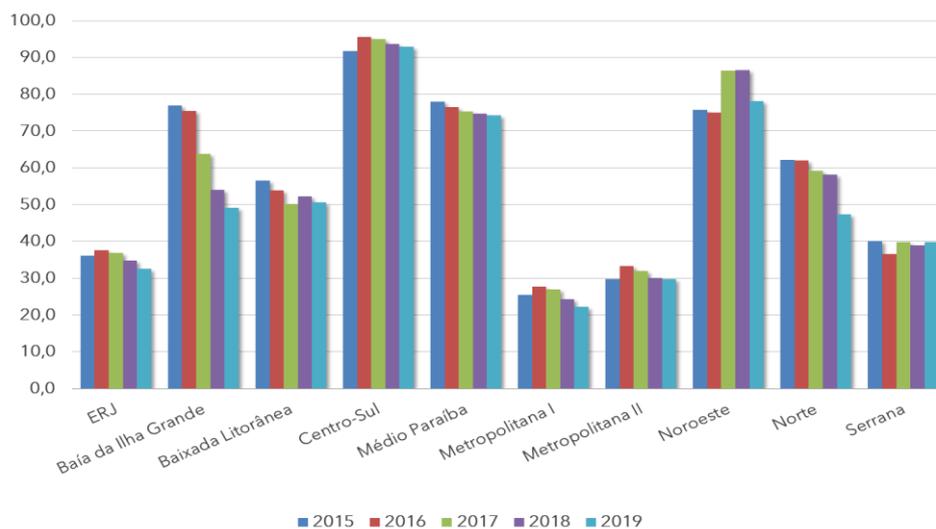
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e de estimativas populacionais, disponibilizadas através dos relatórios de Histórico de Cobertura, do e-Gestor da Atenção Básica/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

## Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica

A cobertura populacional estimada de saúde bucal no estado permaneceu abaixo de 40% em todo o período. É possível observar redução do indicador no panorama estadual desde 2016.

As regiões Metropolitana I e II, que em conjunto abrigam aproximadamente 74% da população do estado, apresentaram as coberturas mais baixas e a região Centro-Sul, as mais elevadas. Entre os municípios, em todos os anos avaliados, há registro de valores discrepantes que variam de 0% a 100% de cobertura.

### Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e de estimativas populacionais, disponibilizadas através dos relatórios de Histórico de Cobertura, do e-Gestor da Atenção Básica/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

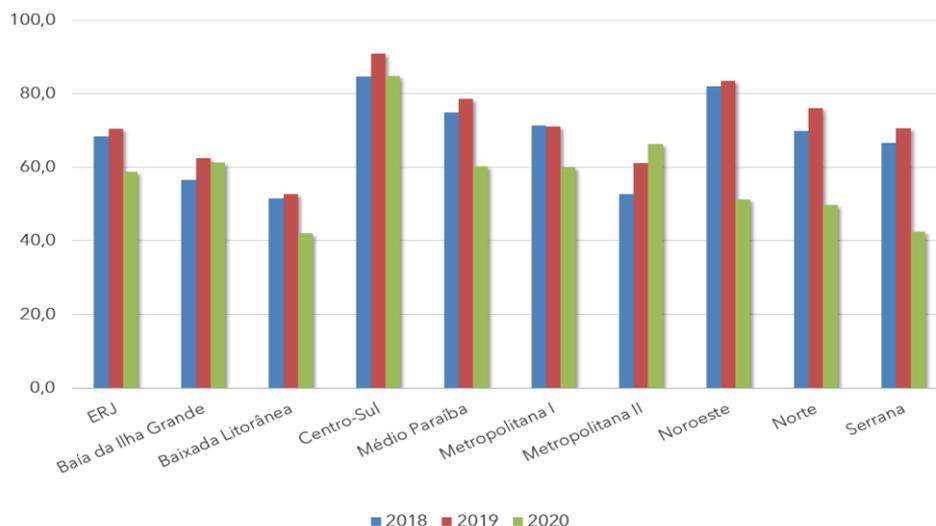
## Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família

No período avaliado (2018 a 2020), a região Centro-Sul apresentou o melhor desempenho no indicador. As regiões Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Metropolitana I apresentaram coberturas inferiores à do estado como um todo.

É possível observar que, no ano de 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19, houve queda no indicador do estado e em todas as regiões, com exceção da região Metropolitana II, que apresentou aumento.

Apesar de apresentar essa queda do indicador, o estado do Rio de Janeiro ainda se manteve acima da média nacional, alcançando a 1ª posição a nível nacional em relação ao acompanhamento de indígenas (percentual de 85,67%), 2ª posição a nível nacional no acompanhamento de crianças (43,28%), dentre as quais 99,22% dessas crianças estão com vacinação em dia e 89,82% com dados nutricionais coletados.

### Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2018 a 2020



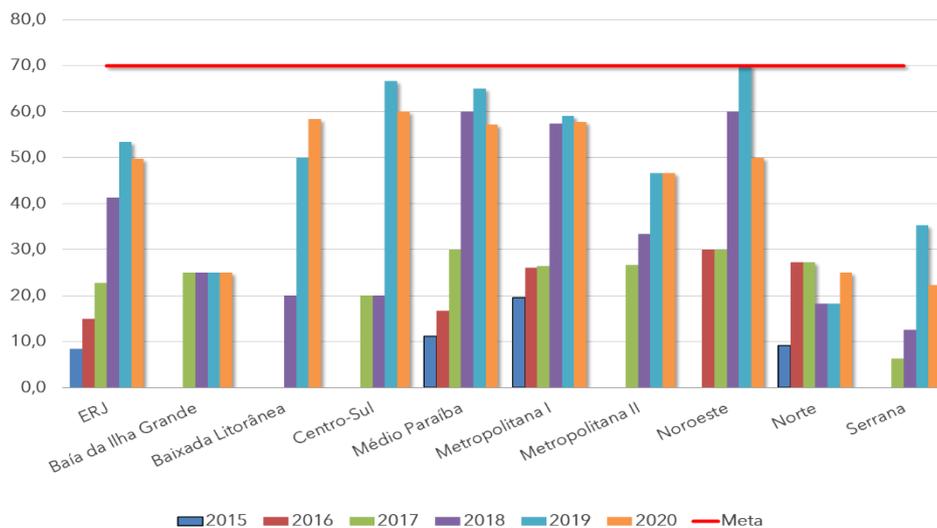
Fonte dos dados: Programa Bolsa Família na Saúde, do Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica (MS/SAS/DAB)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

### Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica

Nos anos de 2015 e 2016, os registros das ações de matriciamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) não estavam sendo feitos de forma regular. Isso é reflexo da readequação dos procedimentos e instrumentos de coleta de dados nesses serviços. A partir de 2017, no estado do Rio de Janeiro, houve aumento no percentual de Centros de Atenção Psicossocial que melhoraram o registro dos procedimentos de matriciamento, passando de 22,7% para 49,7% em 2020, com maior valor observado no ano de 2019 (53,4%). Considerando as análises das regiões de saúde a partir de 2017, em comparação

ao ano de 2020, observa-se uma melhora nos registros na Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II e Noroeste. Na Baía da Ilha Grande, o comportamento do indicador foi de estabilidade com valor igual a 25%. As regiões Centro-Sul, Médio Paraíba e Noroeste foram as que alcançaram as maiores proporções de CAPS que atingiram a meta, com valores acima de 60% em 2019. A região Noroeste, no ano de 2019, alcançou a meta pactuada para este indicador (70%), sendo este o maior percentual observado no período. O estado do Rio de Janeiro, na maioria das regiões de saúde, vem melhorando seu desempenho em relação a este indicador, porém, ainda não atinge a meta. Por isso, é necessário continuar os esforços e as ações para que tanto os CAPS realizem mais ações de matriciamento, como possam melhorar seus registros.

**Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (Proporção de CAPS que atingiram a meta quadrimestral) – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020.**



Fonte: Procedimento Matriciamento de Equipes da Atenção Básica (código 03.01.08.030-5) registrado no BPA-C do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

## INDICADORES RELACIONADOS COM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### Proporção de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após a notificação

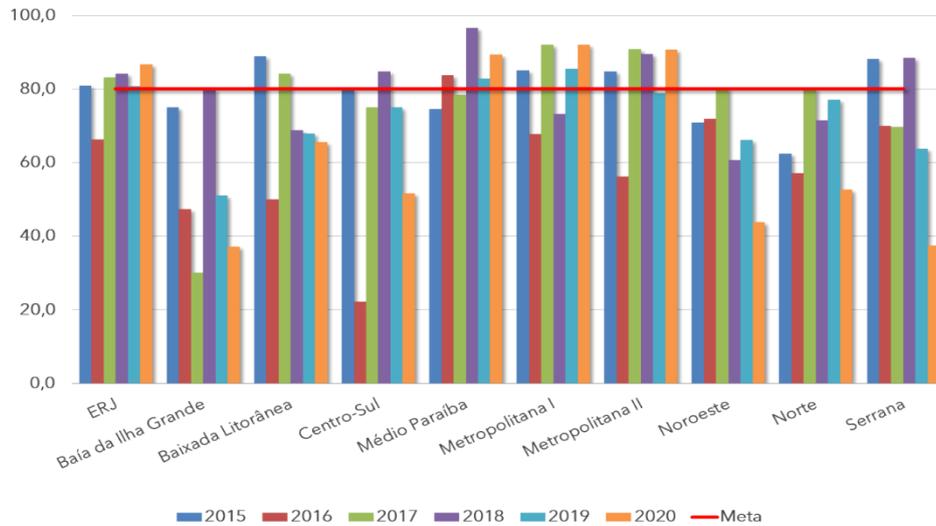
Esse indicador no estado apresentou uma pequena elevação no período, tendo ficado acima da meta 80% (portaria 1520/2018) [12] exceto no ano de 2016, com média de 80.3 e mediana igual a 82. As regiões com melhor desempenho com relação à meta (80%) em quatro anos dentro do período foram: Médio Paraíba, Metropolitana I e Metropolitana II. As regiões Norte, Noroeste e Baía da Ilha Grande atingiram a meta em apenas um ano.

Na maioria das regiões observa-se uma piora neste indicador nos anos de 2016 e 2020, anos em que respectivamente foram decretados situação de Emergência em saúde pública de interesse internacional (ESPIN) pelo Zika Vírus e Pandemia da doença COVID-19.

Um aspecto importante sobre este indicador refere-se às notificações realizadas fora do município do paciente. Nesses casos, o Ministério da Saúde (MS), após receber os lotes de dados oriundos dos estados, redistribui as notificações para os municípios onde residem os pacientes – rotina chamada de Fluxo de Retorno, que têm a responsabilidade de encerrar os casos notificados, de seus residentes dentro do território nacional, independentemente de onde tenha ocorrido o atendimento médico.

Desta forma, para o cálculo do indicador, os municípios devem considerar as notificações que podem estar no Fluxo de Retorno. Atualmente essa rotina apresenta instabilidade para alguns municípios, problema que já é de conhecimento do MS.

## Proporção de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após a notificação – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

## Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade

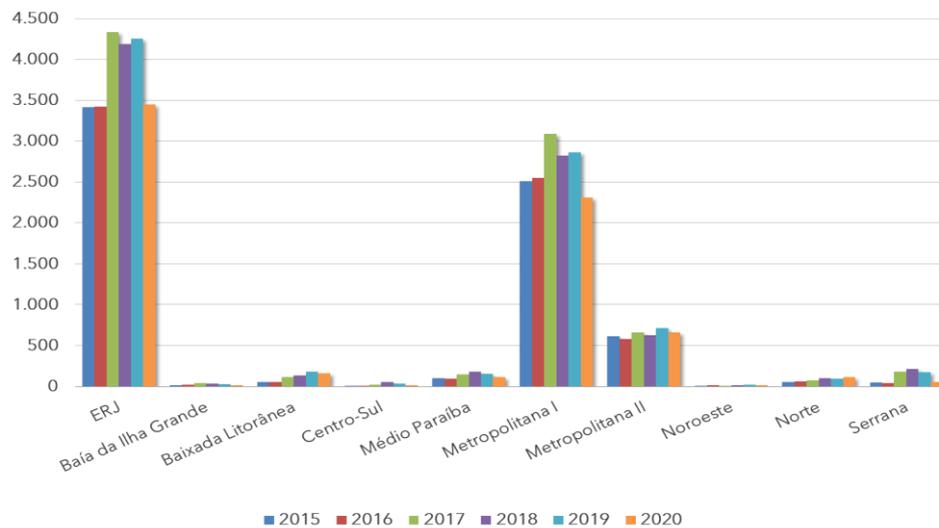
A ocorrência de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano reflete, em parte, aspectos relacionados à assistência ao pré-natal, momento em que o diagnóstico e tratamento oportuno e adequado da sífilis na gestante pode evitar a transmissão vertical. O gráfico abaixo mostra a variação do número de casos novos de sífilis congênita em crianças menores de um ano de idade no estado do Rio de Janeiro e nas regiões de saúde ao longo dos últimos 6 anos.

Entre os anos de 2015 e 2016 o número de casos novos de sífilis congênita no estado apresentou valores similares (3.418 e 3.424 casos novos, respectivamente). Nos anos de 2017 a 2019, os valores foram superiores aos anos anteriores (4.335, 4.185 e 4.255 casos novos, respectivamente) e às respectivas metas pactuadas para cada ano (2017 - 3.914; 2018 - 4.007 e 2019 - 3.896). Em 2020, o número de casos novos excedeu em 15,5% a meta pactuada para o mesmo ano (3.701 casos novos).

Considerando as regiões de saúde, o maior número de casos novos de sífilis congênita foi observado nas regiões Metropolitana I e Metropolitana II, respectivamente, contribuindo com mais de 80% das notificações de casos novos em todos os anos analisados. A maior parte das regiões apresentou comportamento de aumento no número de casos entre os

anos de 2015 a 2018 e diminuição em 2019, com exceção da Baixada Litorânea, Metropolitana I e II e Noroeste, que apresentaram aumento do número de casos novos no mesmo ano. Em 2020, todas as regiões apresentaram diminuição do número de casos quando comparadas com o ano de 2019, com exceção da região Norte (aumento de 15,6% no número de casos novos).

### Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

### Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos

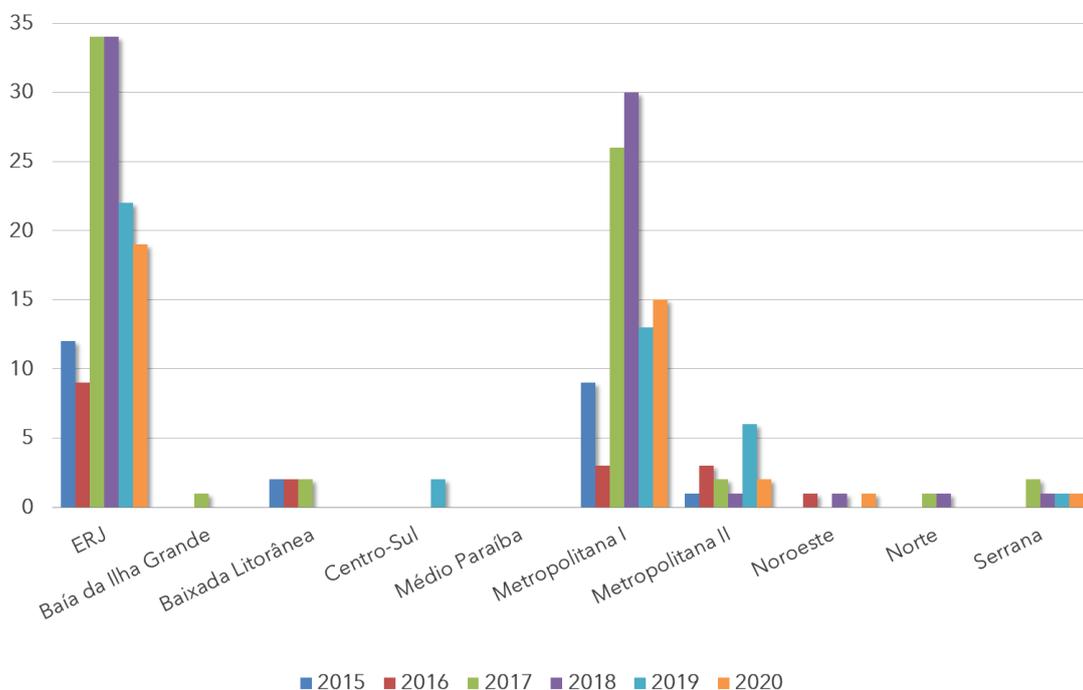
A ocorrência de casos novos de AIDS em menores de 5 anos revela a persistência da transmissão vertical do vírus e aspectos relacionados à assistência ao pré-natal e ao parto, momentos em que a abordagem e atenção à gestante e ao neonato podem evitar a transmissão. O gráfico abaixo mostra a variação no número de casos nos últimos seis anos no estado do Rio de Janeiro. Nos anos de 2017 e 2018 foram registrados 34 casos, refletindo um aumento maior que o dobro do observado em 2015 (12 casos) e 2016 (9 casos).

Observa-se redução a partir de 2019, ano em que o número registrado (22 casos) foi menor do que a meta pactuada (25 casos). A meta pactuada para 2020 (14 casos) não foi alcançada, uma vez que foram registrados neste ano 19 casos novos de AIDS em menores de 5 anos. Para 2021 pactuou-se 15 casos novos. Até a data de análise dos dados para elaboração deste documento, foram registrados 12 casos.

Considerando as regiões de saúde o maior volume de casos novos de AIDS em menores de 5 anos foi observado para as regiões Metropolitana I e Metropolitana II, respectivamente, em todos os anos analisados. Este maior volume é esperado uma vez que são as regiões mais populosas do estado.

O Médio Paraíba não registrou casos novos de AIDS em menores de 5 anos no período observado. O ano de 2017 apresentou o maior número de regiões com casos registrados.

### Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

### Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

No estado do Rio de Janeiro, em relação à atuação dos programas municipais da Vigilância da Qualidade da Água (Vigiágua), verifica-se um aumento nos resultados da proporção de análises obrigatórias realizadas entre 2015 e 2016 e uma estabilização em torno de 79%, no período compreendido entre 2016 e 2019. No ano de 2020 observa-se uma redução deste indicador para 71%, possivelmente em decorrência da pandemia de COVID-19.

Quando consideramos os três parâmetros básicos - Análises realizadas Coliformes Totais, Análises realizadas Turbidez e Análises realizadas Cloro Residual Livre, a contagem de coliformes fecais foi o item que apresentou a menor redução (3%) em relação ao ano anterior devido à atuação do Laboratório Central Noel Nutels (LACEN), que manteve o quantitativo das análises microbiológicas.

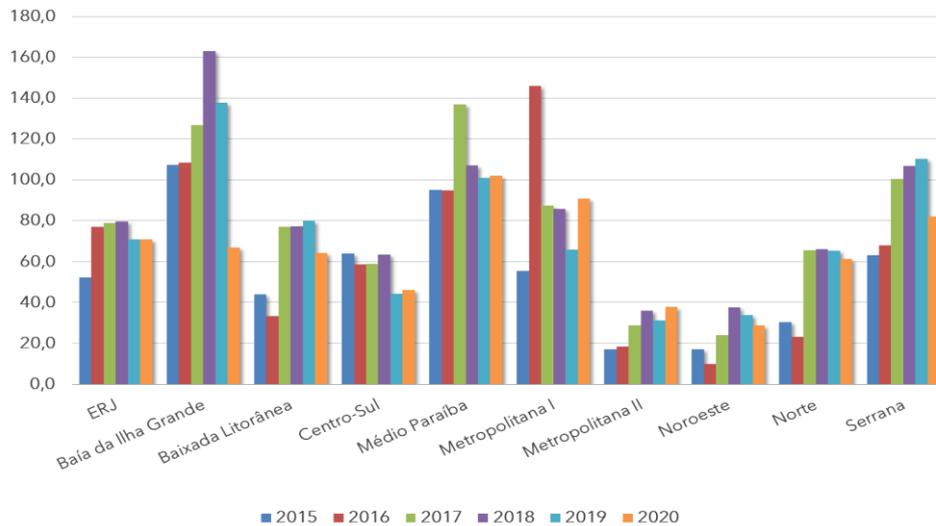
Os outros dois parâmetros, cujas análises são realizadas pelas Secretarias Municipais apresentaram redução de 16% (cloro residual) e turbidez (7%).

A análise gráfica comparativa do indicador por região indica que as regiões Baía da Ilha Grande e Médio Paraíba apresentaram os melhores desempenhos. Entretanto, a área técnica responsável pelo monitoramento do indicador utiliza para sua avaliação a divisão das regiões em três faixas, do ponto de vista da produtividade.

Na primeira faixa de resultados, as regiões atingem ou ultrapassam os 100% na média ponderada (MP). Apenas o Médio Paraíba entra nessa categoria devido à média ponderada igual a 102%. Na faixa intermediária, estão os municípios que apresentam a média ponderada acima de 50%, os quais necessitam avançar para atingir o quantitativo mínimo. Nessa condição, encontram-se as regiões Baía da Ilha Grande (67%), Baixada Litorânea (64%), Metropolitana I (91%), Norte (61%) e Serrana (82%).

A terceira faixa corresponde às regiões nas quais os resultados apresentam maior fragilidade no indicador, casos em que o percentual alcançou valores abaixo de 50%, na média ponderada, nos quais os municípios, com raras exceções, encontram-se em situação considerada de risco no que diz respeito à qualidade da água, por não realizarem as análises em amostras de água ou por apresentarem percentuais de análises muito abaixo daquele preconizado ou ainda por realizarem apenas as análises encaminhadas e realizadas pelo LACEN. Situam-se nessa faixa as regiões Centro-Sul (46%), Metropolitana II (38%) e Noroeste (29%).

## Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



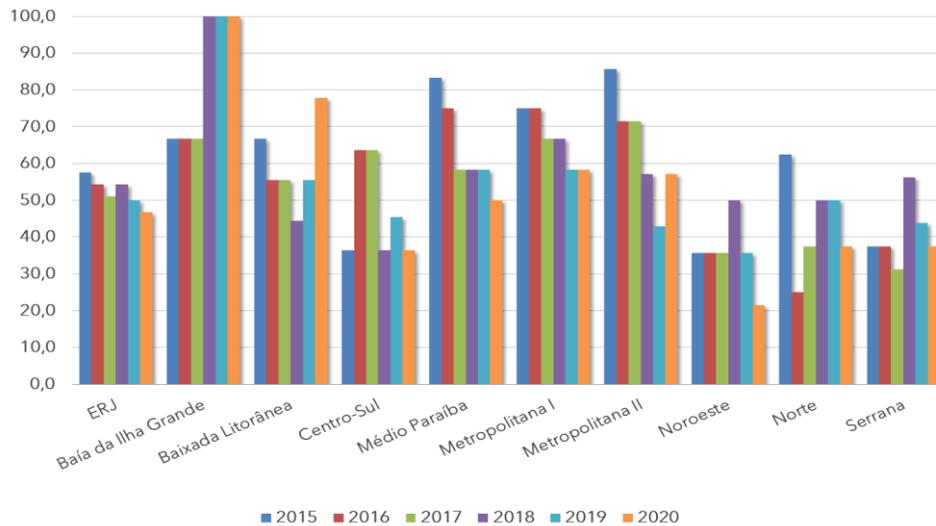
Fonte dos dados: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA) Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

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

No estado do Rio de Janeiro o percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias esteve abaixo de 60% no período e apresentou um declínio, passando de 57,6% em 2015 para 46,7% em 2020. Esse declínio também foi observado na maioria das regiões de saúde exceto na Baía da Ilha Grande, que possui apenas 3 municípios e apresentou 100% nos três últimos anos. Os menores percentuais foram observados nas regiões Noroeste em 2020 e Norte em 2016. As regiões Noroeste e Serrana apresentaram percentual acima de 50% em apenas um dos anos no período, 2015 e 2018 respectivamente.

Uma fragilidade deste indicador é que ele não estipula a realização de um número mínimo de ações em cada grupo. Se, por exemplo, um município realizar 1.000 ações em cada grupo, perfazendo no conjunto de 6 grupos um número absoluto de 6.000 (seis mil ações) ele alcançará um percentual de 100% da meta do indicador. Por outro lado, um município que realiza apenas 1 ação em cada grupo, totalizando 6 (seis) ações no conjunto dos grupos, também atingirá um percentual de 100% da meta. Sendo assim, nivela os dois casos.

Percentual de municípios que realizaram no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

## Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho

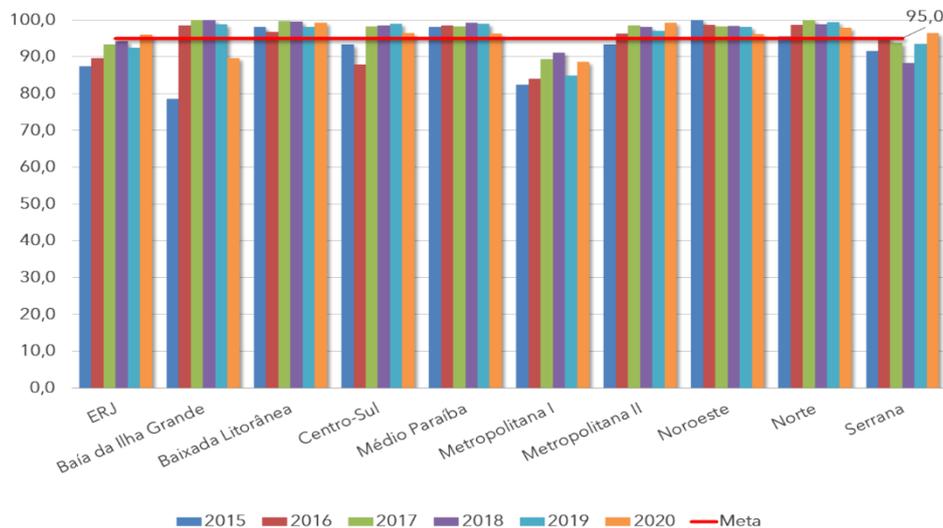
Com relação a este indicador, o estado manteve-se acima de 80% no período analisado, e acima de 90% desde 2017, alcançando a meta de 95% em 2020. A única região de saúde que não alcançou a meta pactuada em todo o período foi a Metropolitana I, observando-se padrão diferenciado (próximo à 100%) nas regiões Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Norte e Noroeste.

Apesar do elevado percentual de preenchimento no nível regional, em quatro regiões (Serrana, Noroeste, Norte e Centro-Sul) há municípios com 0% de preenchimento do campo em 3 a 5 anos no período. Destaca-se que o maior número de notificações em 2020 foi devido à inclusão de casos de COVID-19 nas notificações de acidentes de trabalho (Nota Técnica SES 27/2020), o que gerou 4.040 notificações adicionais com diagnóstico da lesão: CID10 B34.2.

A área técnica entende que a crise instalada pela Pandemia de coronavírus foi determinante para a queda de registros no SINAN. Entretanto, novas capacitações em Vigilância de Saúde do Trabalhador (VISAT) se farão necessárias em 2022 no intuito de minimizar prováveis

subnotificações e mensurar adequadamente o perfil epidemiológico dos agravos relacionados à vigilância em saúde do trabalhador.

Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

## INDICADORES RELACIONADOS COM MORTALIDADE

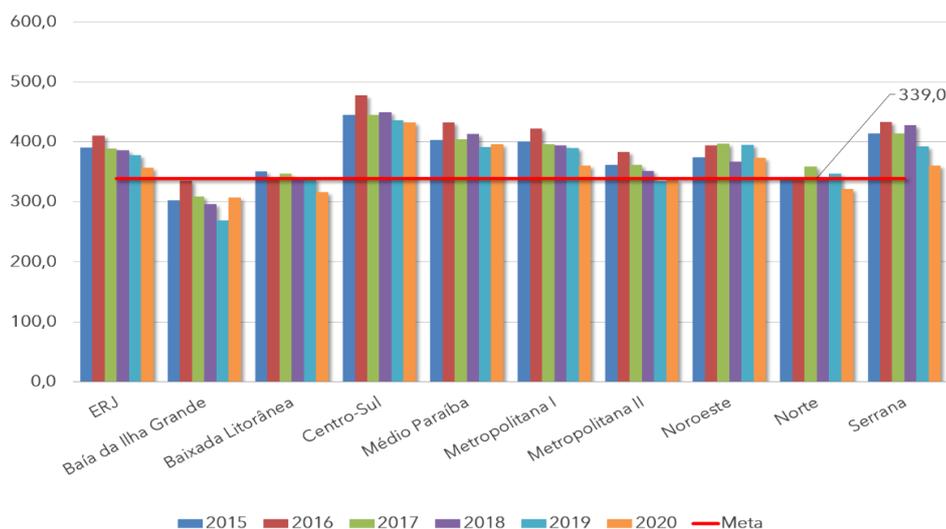
Em função das características inerentes à rotina de alimentação do sistema cabe, neste bloco, inserir uma observação importante: **os indicadores cuja fonte de dados é o Sistema de Informação sobre Mortalidade, cujos óbitos contidos na base são referentes ao ano de 2020 estão sujeitos à revisão.**

### Mortalidade prematura pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A Mortalidade Prematura pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) reflete a presença de estados mórbidos específicos na população adulta e nos primeiros anos do grupo de idosos com capacidade de levar ao óbito. Aponta indiretamente aspectos relacionados a atenção à saúde prestada aos indivíduos com diabetes mellitus, doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas e neoplasias malignas.

Nesse sentido, se constitui em importante indicador para o planejamento e execução das ações de promoção da saúde e prevenção destes agravos específicos. No Estado do Rio de Janeiro a Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Crônicas Não Transmissíveis neste grupo etário apresentou declínio ao longo do período considerado (390,5/100.000 em 2015 e 356,5/100.000 em 2020), contudo os valores observados em cada ano ainda se encontram acima da meta pactuada (339,03/100.000). Considerando as Regiões de Saúde, praticamente todas (exceto Baía da Ilha Grande) também apresentaram declínio da Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos anos analisados. A Baía da Ilha Grande foi a única região que manteve os valores deste indicador abaixo da meta pactuada em todos os anos, mesmo tendo apresentado discreto aumento da taxa em 2020. Tendo em conta a meta pactuada, as regiões Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Noroeste e Serrana não apresentaram valores deste indicador inferiores a 339,03/100.000 em nenhum dos anos considerados. A Baixada Litorânea a partir do ano de 2018 vem apresentando valores abaixo da meta. As regiões Metropolitana II e Norte, alcançaram valores inferiores à meta em 2019 e 2020, respectivamente.

### Taxa de mortalidade específica por doenças crônicas não transmissíveis – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



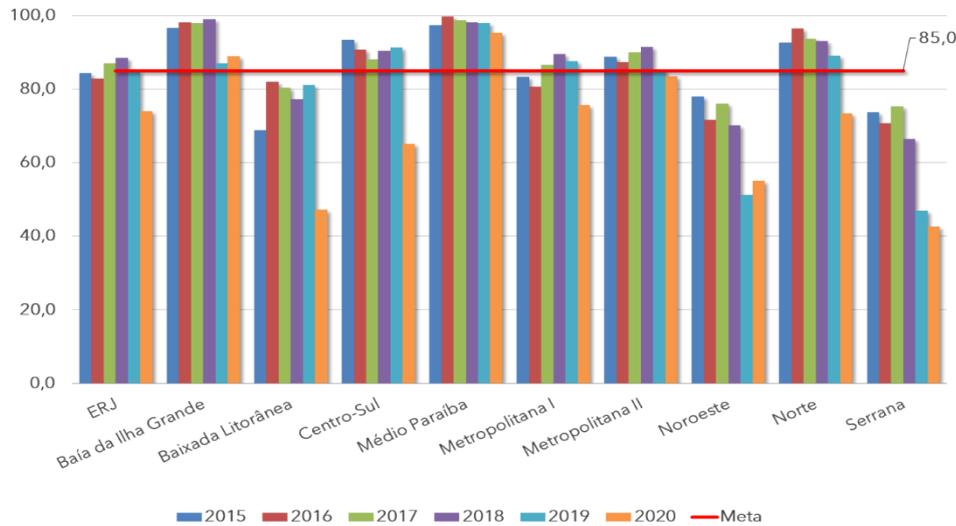
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

### Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados

A proporção de óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) investigados reflete a capacidade da vigilância de investigar os óbitos ocorridos em mulheres com idade entre 10 e 49 anos.

Para a Saúde Pública, é importante para descobrir possíveis óbitos maternos não declarados e também para aprimorar a qualidade dos dados da Declaração de Óbito, especialmente as informações relacionadas às condições e causas que provocaram ou contribuíram para o óbito neste grupo. O estado do Rio de Janeiro apresentou ao longo do período considerado valores da proporção de óbitos MIF investigados inferiores a meta pactuada (85%), com comportamento de declínio de 84,4% (2015) para 74,0% (2020). Em todas as regiões de saúde se observou declínio no valor deste indicador no período analisado. Tendo em conta a meta pactuada, as regiões Baía da Ilha Grande e Médio Paraíba apresentaram proporções de óbitos MIF investigados superiores em todos os anos. As regiões Centro-Sul, Metropolitana II e Norte mantiveram proporções deste indicador acima da meta até 2019, com redução para valores inferiores em 2020. As regiões da Baixada Litorânea, Noroeste e Serrana não atingiram a meta em nenhum dos anos observados. E a região Metropolitana I apresentou percentual de óbitos MIF investigados acima da meta no período de 2017 a 2019. Considerando o ano da pactuação (2017), no ano subsequente, a proporção de óbitos MIF investigados apresentou aumento no estado e nas regiões Baía da Ilha Grande, Centro-Sul, Metropolitana I e Metropolitana II, e redução nas regiões Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Noroeste, Norte e Serrana. Importante destacar que o ano de 2020 foi aquele com a menor proporção de investigação no período considerado no estado e em praticamente todas as regiões de saúde (exceto para as regiões Baía da Ilha Grande e Noroeste), o que pode ser reflexo da pandemia de COVID-19 que aumentou a demanda de investigação de casos e óbitos pela vigilância. Considerando que a maior parte das regiões de saúde tem apresentado redução na proporção de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil, será necessário planejar e adotar estratégias que reforcem a importância da investigação e motivem esta atividade nos municípios e unidades de saúde.

## Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

## Proporção de registro de óbitos com causa básica bem definida

A proporção de registro de óbitos com causa básica bem definida está relacionada com a qualidade do preenchimento das causas de morte na Declaração de Óbito (DO) e reflete, ainda que indiretamente, aspectos ligados à assistência à saúde (acesso e diagnóstico) especialmente durante o curso da doença ou agravo que resultou na morte.

O conhecimento das verdadeiras causas de morte tem importância singular para nortear o planejamento e as ações em saúde.

No estado do Rio de Janeiro a proporção de óbitos com causa básica bem definida se manteve sempre acima de 90% no período considerado apresentando, porém leve declínio (de 94,3% em 2015 para 91,2% em 2020).

Um comportamento semelhante pode ser observado no caso de algumas regiões de saúde como Baía da Ilha Grande, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Noroeste e Serrana, áreas nas quais foram mantidos os valores deste indicador acima de 90% com tendência de queda ao longo dos anos.

As regiões Baixada Litorânea e Metropolitana II apresentaram proporções de óbitos com causa básica bem definida superiores a 90% no primeiro ano considerado, entretanto ao longo dos anos seus valores foram sofrendo redução de seus patamares, chegando a 86,5% e 89,3%, respectivamente, no ano de 2020.

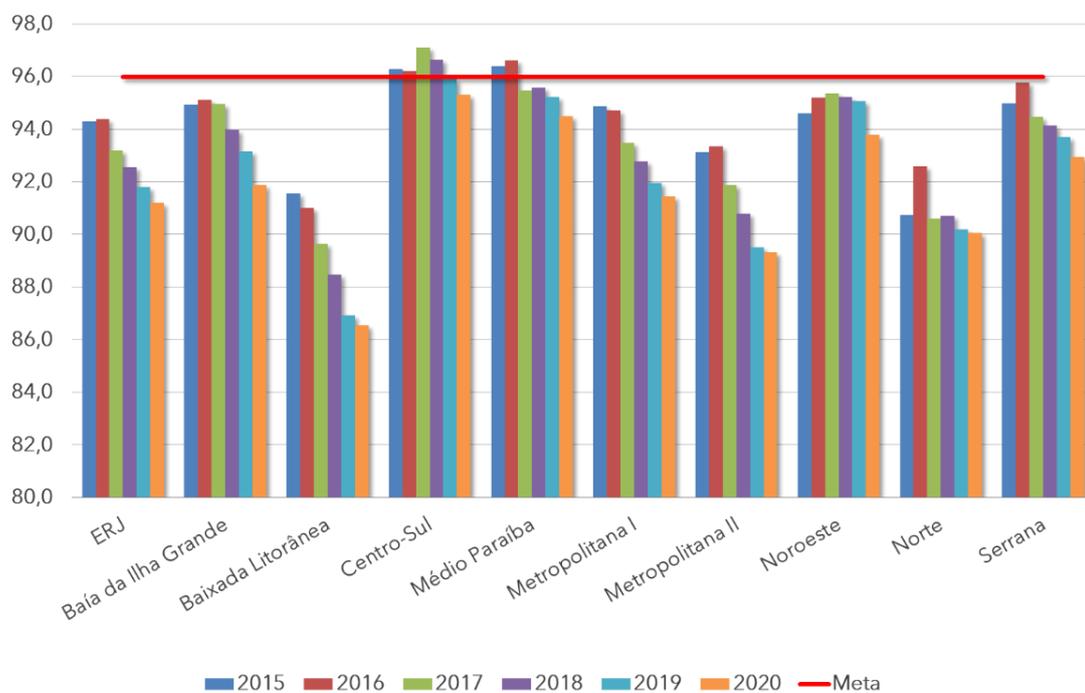
A região Norte apresentou, neste estudo, um comportamento de estabilidade para este indicador que foi de 90,7% no ano de 2015, tendo alcançado seu maior valor (92,6%) no ano seguinte e chegou a 90,1% em 2020.

Importante destacar que o comportamento de declínio nos valores deste indicador observado para o estado e regiões de saúde ocorre mesmo quando se desconsidera o ano de 2020, que provavelmente foi influenciado pela pandemia de COVID-19.

Considerando que a meta pactuada é de 96% dos óbitos com registro de causa básica bem definida e que o comportamento observado no estado e regiões de saúde é de afastamento deste valor ao longo dos anos, será necessário adotar estratégias que possam reverter esse cenário.

Nesse sentido, o fortalecimento das atividades de investigação de óbitos e a estruturação dos Serviços de Verificação de Óbitos Regionais pode ter impacto positivo no alcance e manutenção da meta.

#### Proporção de óbitos com causa básica bem definida – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

## Taxa de Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador tradicionalmente utilizado nas análises de saúde pela sua capacidade de refletir, em parte, aspectos relacionados às condições de vida e de saúde das crianças menores de um ano que apresentam vulnerabilidades específicas.

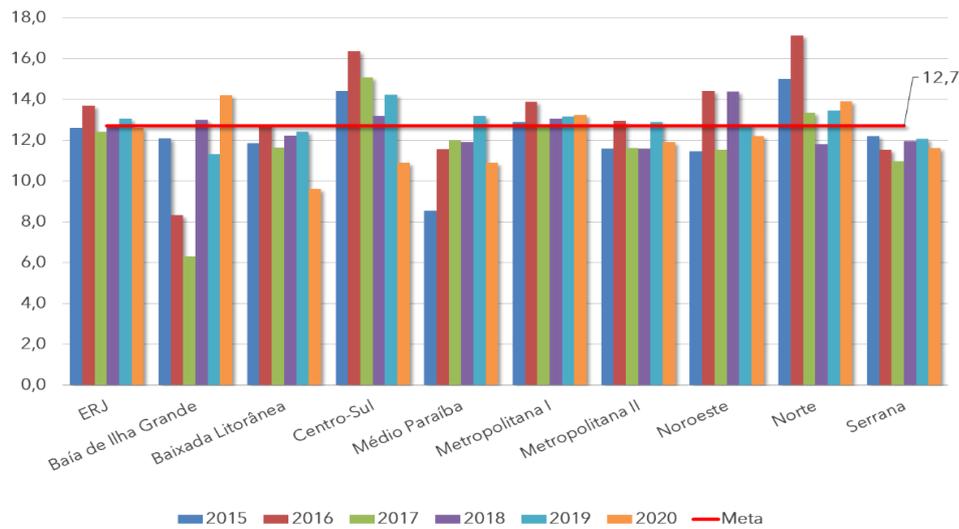
No estado do Rio de Janeiro, a TMI apresentou valor igual ou inferior a meta pactuada de 12,7/1.000 nascidos vivos na maior parte dos anos considerados, com aumento nos anos de 2016 e 2019, quando apresentou valores de 13,7 e 13,0 (por 1.000 nascidos vivos), respectivamente.

Nas regiões de saúde o comportamento da TMI no período analisado foi de declínio na Baixada Litorânea, Centro-Sul, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana e de aumento na Baía da Ilha Grande, Médio Paraíba e Metropolitana I. Considerando a meta pactuada, as regiões Baixada Litorânea e Serrana apresentaram valores iguais ou abaixo da meta em todos os anos analisados. As regiões Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana II e Noroeste no decorrer dos anos considerados atingiram valores inferiores à meta pactuada. A Baía da Ilha Grande apresentou valores de TMI inferiores à meta nos três primeiros anos e em 2019. Nas regiões Metropolitana I e Norte a TMI teve valor igual e inferior à meta nos anos de 2017 e 2018, respectivamente, ficando acima nos demais anos.

Comparando os valores deste indicador nas regiões de saúde e no estado, observa-se que a Baixada Litorânea, Metropolitana II e Serrana apresentaram em todos os anos considerados valores de TMI menores que aqueles apresentados pelo estado. Avaliando o comportamento do indicador no estado e regiões após 2017, ano da pactuação, observa-se aumento no estado e nas regiões Baía da Ilha Grande, Metropolitana I, Norte e Serrana. As demais regiões apresentaram valores declinantes da TMI de 2017 a 2020.

Considerando que em algumas regiões de saúde o comportamento da TMI é de aumento, faz-se necessário reforçar medidas que contribuam para evitar a ocorrência de óbitos infantis, diminuindo as diferenças regionais.

## Taxa de Mortalidade Infantil – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

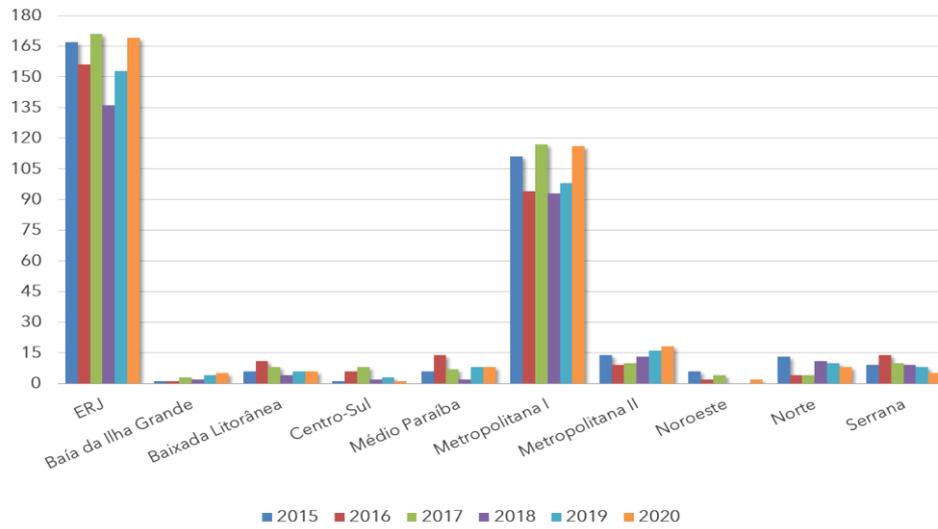
## Número de óbitos maternos

O número de óbitos maternos em residentes reflete, em parte, a qualidade da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico puerperal. No estado do Rio de Janeiro o número de óbitos maternos foi 167 em 2015 e 169 em 2020, apresentando o maior valor em 2017 (171) e o menor em 2018 (136) quando ficou abaixo da meta pactuada de 150 óbitos.

Considerando as regiões de saúde, todas registraram números de óbitos maternos inferiores à meta pactuada em todos os anos analisados. As regiões Metropolitanas I e II, que concentram a maior parte da população fluminense, apresentaram o maior volume de óbitos maternos em todos os anos do período, nesta ordem, com comportamento discreto de aumento, mas sempre com valores abaixo da meta.

No período como um todo, o número de óbitos maternos diminuiu nas regiões Noroeste, Norte e Serra e aumentou nas regiões Baía da Ilha Grande e Médio Paraíba. As regiões Baixada Litorânea e Centro-Sul, apresentaram o mesmo número de óbitos maternos no primeiro e último ano do período, com oscilações dos valores nos anos intermediários.

## Número de óbitos maternos – estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2015 a 2020



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/Dados SUS. Indicadores-SES/RJ

## REFERÊNCIAS

- [1] MORAES, I.H.S.; SANTOS, S.R.F.R. Informação em Saúde: Os Desafios Continuam. *Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 37-51, 1998.
- [2] SOUZA, M.F.M. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 17(1): jan-mar, 2008, Editorial. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n1/v17n1a01.pdf>.
- [3] DUARTE, E. C. A informação, a análise e a ação em saúde. Brasília, v. 12, n. 2, p. 61-62, jun. 2003.
- [4] IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.
- [5] Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução de Consolidação Nº 1, 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-consolidacao-cit-n-1-de-30-de-marco-de-2021-323572057>. Acesso em 06 de dezembro de 2021.
- [6] Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Resolução Nº 8, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0008\\_24\\_11\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0008_24_11_2016.html). Acesso em 06 de dezembro de 2021.
- [7] Rio de Janeiro (estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Dados SUS. Indicadores. Disponível em <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus/2020/11/indicadores>. Acesso em 15-17 de junho de 2021.
- [8] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e

eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública Brasília: Ministério da Saúde, 2016.58 p.

- [9] Estimativas de população adotadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) conforme Deliberação CIB-RJ nº 6.250 de 10 de setembro de 2020.
- [10] Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução CIT Nº 45 de 25 de julho de 2019. Altera o anexo da Resolução nº 08, de 24 de novembro de 2016. Disponível em <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-45-de-25-de-julho-de-2019-212173195>. Acesso em 06 de dezembro de 2021.
- [11] Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Décima revisão (CID-10).
- [12] Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.520, de 30 de maio de 2018. Altera os Anexos XCVIII e XCIX à Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a inclusão de metas e indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQA-VS, a partir de 2018. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1520\\_06\\_06\\_2018.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1520_06_06_2018.htm) Acesso em 06 de dezembro de 2021.
- [13] Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). Nota Técnica SVS Nº 27 de 20 de maio de 2020. Orientações aos gestores municipais do estado do Rio de Janeiro sobre o preenchimento do campo ocupação nos casos de covid-19 e a notificação de acidente grave relacionado ao trabalho durante a pandemia pelo novo coronavírus (Covid-19). Disponível em [https://coronavirus.saude.rj.gov.br/noticias\\_prof\\_saude/nota-tecnica-svs-ses-no-27-de-saude-do-trabalhador/](https://coronavirus.saude.rj.gov.br/noticias_prof_saude/nota-tecnica-svs-ses-no-27-de-saude-do-trabalhador/) Acesso em 06 de dezembro de 2021.

# EQUIPE TÉCNICA:

## Organização

**João de Farias Figueiredo** – Coordenador da Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde/Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde/Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde

**Sheylla de Lima** – Assessora da Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde/Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde/Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde

**Eny Regina da Silva Queiroz** – Bióloga da Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde/Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde/Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde

**Ângela Maria Cascão** – Diretora da Divisão de Dados Vitais da Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde/Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde/Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde

**Milton Carlos da Silva Araújo** – Diretor da Divisão de Dados Epidemiológicos e Ambientais da Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde/Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde/Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde

**Beatriz Consuelo Quinet Leimann** – Médica da Divisão de Dados Epidemiológicos e Ambientais da Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde/Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde/Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde

## Colaboração

Área Técnica de Alimentação e Nutrição da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SUPAPS) – **Katiana Teléfora** – Indicadores 17, 18 e 19;

Área Técnica de Saúde da Criança da Coordenação dos Ciclos de Vida da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SUPAPS) – **Viviane Pacheco** – Indicador 15;

Área Técnica de Saúde da Mulher da Coordenação dos Ciclos de Vida da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SUPAPS) – **Suellen Lanna** – Indicadores 11 e 12;

Coordenação de Apoio Regional à Gestão da Atenção Primária em Saúde da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SUPAPS) – **André Schmidt** – Indicadores 17, 18 e 19;

Coordenação de Atenção Psicossocial (CAPS) da Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade (SUPAPV) – **Daniel Elia e Marli Paixão** – Indicador 21;

Coordenação de Vigilância Ambiental da Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SUPVEA) – **Patrícia Soares Meneguete** – Indicador 10;

Divisão de Assessoramento e Desenvolvimento das Ações de Vigilância Sanitária - Coordenação de Apoio às Ações em Vigilância Sanitária (COOAVS) da Superintendência de Vigilância Sanitária (SUPVS) – **Júlio Gomes** – Indicador 20;

Divisão de Dados Epidemiológicos e Ambientais da Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde da Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde (SUPGVS) – **Milton Carlos da Silva Araújo** – Indicador 05;

Divisão de Dados Vitais da Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde da Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde (SUPGVS) – **Ângela Maria Cascão** – Indicador 03;

Divisão de Saúde do Trabalhador da Coordenação de Vigilância e Promoção da Saúde da Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SUPVEA) – **Pedro Alves Filho** – Indicador 23;

Gerência de Hanseníase da Coordenação de Vigilância Epidemiológica da Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SUPVEA) – **André Luiz da Silva** – Indicador 06;

Gerência de Infecções Sexualmente Transmissíveis e AIDS da Coordenação de Vigilância Epidemiológica da Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SUPVEA) – **Juliana Rebello Gomes** – Indicadores 08 e 09;

Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SUPAPS) – **Carolina Lazzarotto** – Indicadores 17, 18 e 19;

Todos os servidores das áreas técnicas específicas que contribuíram com este documento como colaboradores, que estão relacionados acima fazem parte do corpo técnico da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde da SES-RJ.

Para dúvidas, críticas e sugestões utilizem o e-mail [basis@saude.rj.gov.br](mailto:basis@saude.rj.gov.br)

Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**