

RELATÓRIO DE INDICADORES ESTRATÉGICOS EM SAÚDE PERÍODO DE REFERÊNCIA – 2020

Elaboração:

Ângela Lima (Psi, Esp, MSc), **Christyne Jacob** (Farm, Esp),
Gustavo Sousa (CComp, MSc, PhD), **Sônia Moraes** (Adm, Esp),
Susanna Saddi (SI, MPA), **Wisley Velasco** (AnSist, MSc)

Revisão:

Luciana Vieira (Ft, MBA, Msc, PhD), **Alessandra Lima** (CD, MBA, Msc, PhD)

27 de agosto de 2021

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APS – Atenção Primária à Saúde
Argos – Agregador de dados das unidades hospitalares, próprias e conveniadas, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
CECDCZ – Coordenação Estadual de Controle de Dengue, Chikungunya e Zica Virus
CER – Centro Especializado em Reabilitação
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Cartão Nacional de Saúde
COVID – Corona Virus Disease
CQH – Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CRE – Complexo Regulador Estadual
Cubo – Ferramenta de tabulação de dados utilizada pela SES-GO
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
DO – Declaração de Óbito
e-Gestor AB – Informação e Gestão da Atenção Básica de Saúde
e-SUS – Sistema de Informações da Atenção Primária de Saúde
GERAM – Gerência de Regulação Ambulatorial
GERTRAN – Gerência de Transplantes
GVE – Gerência de Vigilância Epidemiológica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IGPR – Instituto de Gestão por Resultados (OS)
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OS – Organização Social
PES – Plano Estadual de Saúde
PQA-VS – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
SCMS – Medicamentos não Padronizados (Painel de Judicialização)
SDME – Medicamentos Padronizados (Painel de Judicialização)
SERVIR – Sistema Estadual de Regulação de Vagas Integradas à Rede
SES-GO – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIASUS – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISPACTO – Sistema de Pactuação de Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores do Pacto pela Saúde
SUPCRS – Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
SUS – Sistema Único de Saúde
SUVISA – Superintendência de Vigilância em Saúde
SVS/MS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde



ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS.....	1
INTRODUÇÃO.....	4
1. COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (↑).....	5
2. PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE ATINGIRAM COBERTURA VACINAL $\geq 95\%$ EM CADA VACINA QUE COMPÕEM O INDICADOR DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PQA-VS) (↑).....	6
3. PROPORÇÃO DE USUÁRIOS CADASTRADOS NO e-SUS (↑).....	7
4. NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO (PAPANICOLAU) EM MULHERES DE 25 a 64 ANOS (↑).....	8
5. NÚMERO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS (↑).....	9
6. COBERTURA DE PRÉ-NATAL COM 7 OU MAIS CONSULTAS (↑).....	10
7. PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA (10-19 ANOS) (↓).....	11
8. DENGUE.....	11
8.1. Taxa de Incidência de Dengue (↓).....	11
8.2. Número de Óbitos por Dengue (↓).....	12
8.3. Taxa de Letalidade de Dengue (↓).....	13
9. HANSENÍASE.....	14
9.1. Proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos Anos das Coortes (↑).....	14
9.2. Proporção de Casos de Hanseníase em Abandono de Tratamento entre os Casos Novos Diagnosticados nos Anos das Coortes (↓).....	14
10. NÚMERO ABSOLUTO DE CASOS DE SARAMPO CONFIRMADOS (↓).....	15
11. PROPORÇÃO DE REGISTROS DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA (↑).....	16
12. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (↓).....	17
13. PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS (↑).....	17
14. TAXA BRUTA DE MORTALIDADE PREMATURA PELO CONJUNTO DAS 04 PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (↓).....	18
15. TAXA DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (↓).....	19
16. PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS POR INTERVENÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) (↓).....	20
17. PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) (↓).....	21
18. PROPORÇÃO DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE UNIDADES PRÓPRIAS DA REDE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES/GO) EM RELAÇÃO AO TOTAL DE AIHs EMITIDAS (↑).....	22
19. PERCENTUAL DE OCORRÊNCIA DE GLOSAS NO SIHSUS (↓).....	22
20. MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (DIAS) (↓→).....	23
21. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (→).....	24
22. TAXA DE READMISSÃO HOSPITALAR (29 DIAS) (↓).....	25
23. INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES (↓).....	26
24. TAXA DE RECUSA DE LEITO HOSPITALAR (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA) (↓).....	26
25. PERCENTUAL DE AUTOSSUFICIÊNCIA EM INTERNAÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE – FLUXO DE ACESSO (↑).....	28
26. PERCENTUAL DE AUTOSSUFICIÊNCIA EM INTERNAÇÕES DE MÉDIA COMPLEXIDADE – FLUXO DE ACESSO (↑).....	30
27. ÍNDICE DE RETORNO MÉDICO (↓).....	33
28. PERCENTUAL DE ABSENTEÍSMO (↓).....	33
29. PERCENTUAL DE RECUSA FAMILIAR NAS ENTREVISTAS PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS (↓).....	34
30. JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE.....	35
30.1. Valor em reais dos processos em judicialização (↓).....	35
30.2. Prescritor com frequência acima da média em processos de judicialização.....	37
31. REFERÊNCIAS.....	38

ANEXO 01 – FICHAS DE QUALIFICAÇÃO.....	39
1. COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	40
2. PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE ATINGIRAM COBERTURA VACINAL $\geq 95\%$ EM CADA VACINA QUE COMPÕEM O INDICADOR DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PQA-VS).....	41
3. PROPORÇÃO DE USUÁRIOS CADASTRADOS NO e-SUS.....	42
4. NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO (PAPANICOLAU) EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS.....	43
5. NÚMERO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO EM MULHERES 50 A 69 ANOS.....	44
6. COBERTURA DE PRÉ-NATAL COM 07 (SETE) OU MAIS CONSULTAS.....	45
7. PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA (10-19 ANOS).....	46
8. DENGUE.....	47
8.1. Taxa de Incidência de Dengue.....	47
8.2. Número de Óbitos por Dengue.....	48
8.3. Taxa de Letalidade de Dengue.....	49
9. HANSENÍASE.....	50
9.1. PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES.....	50
9.2. PROPORÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE EM ABANDONO DE TRATAMENTO ENTRE OS CASOS NOVOS DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES.....	51
10. NÚMERO ABSOLUTO DE CASOS DE SARAMPO CONFIRMADOS.....	52
11. PROPORÇÃO DE REGISTROS DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA.....	53
12. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.....	54
13. PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS.....	55
14. TAXA BRUTA DE MORTALIDADE PREMATURA PELO CONJUNTO DAS 04 PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	56
15. TAXA DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL.....	57
16. PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS SEGUNDO A LISTA DE CAUSAS EVITÁVEIS DE 05-74 ANOS DE IDADE POR INTERVENÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	58
17. PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE/APS.....	59
18. PROPORÇÃO DE AUTORIZAÇÕES HOSPITALARES DE UNIDADES PRÓPRIAS DA REDE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE EM RELAÇÃO AO TOTAL DE AIHs EMITIDAS*.....	61
19. PERCENTUAL DE OCORRÊNCIA DE GLOSAS NO SIHSUS.....	62
20. MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (DIAS).....	63
21. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR.....	64
22. TAXA DE READMISSÃO HOSPITALAR (29 DIAS).....	65
23. INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES.....	66
24. TAXA DE RECUSA DE LEITO HOSPITALAR (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA) (1).....	67
25. PERCENTUAL DE AUTOSSUFICIÊNCIA EM INTERNAÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE – FLUXO DE ACESSO.....	68
26. PERCENTUAL DE AUTOSSUFICIÊNCIA EM INTERNAÇÕES DE MÉDIA COMPLEXIDADE – FLUXO DE ACESSO.....	69
27. ÍNDICE DE RETORNO MÉDICO*.....	70
28. PERCENTUAL DE ABSENTEÍSMO.....	71
29. PERCENTUAL DE RECUSA FAMILIAR NAS ENTREVISTAS PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS.....	72
30. JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE.....	73
30.1. Valor em reais dos processos em judicialização.....	73
30.2. Prescritor com frequência acima da média em processos de judicialização.....	74

INTRODUÇÃO

Este Relatório de Indicadores Estratégicos – 2020, visa apresentar indicadores de saúde, não relacionados à infecção causada pelo Novo Corona Vírus (COVID-19), possibilitando uma visão mais sistêmica da saúde do Estado de Goiás no ano de 2020. No decorrer deste relatório, deverão ser consideradas situações metodológicas, analíticas e estruturais.

Utilizaram-se modelos de regressão linear simples para realizar as análises de tendência. Fez-se a modelagem do resultado do indicador em função do ano. O processo de modelagem levou em consideração os dados observados nas séries históricas dos indicadores até o ano de 2019. Optou-se por não considerar o ano de 2020 em virtude de ter sido um ano atípico em razão da pandemia. O ano de 2020 não representa o comportamento esperado dos indicadores na maioria dos casos analisados para este relatório, visto que muitos indicadores apresentaram comportamento distinto daquele que se seguia ao longo do tempo, que não reflete um comportamento natural dos dados. A utilização do ano de 2020 no processo de modelagem poderia descaracterizar sobremaneira o processo de estimação de valores futuros.

É importante ressaltar que alguns pressupostos precisam estar claros em relação às estimativas dos valores futuros. O valor do indicador foi estimado dado que nada fosse alterado, ou seja, tudo o que tem sido feito (do ponto de vista de ações, políticas, etc) permanecerá inalterado. A estimação dos valores futuros levou em consideração, apenas, a variação do indicador ao longo do tempo.

Foi utilizada como medida estatística de explicação da qualidade do ajuste do modelo para a linha de tendência o R-quadrado (R^2). Vale ressaltar que valores de R^2 baixos não necessariamente ensejam uma predição ruim e com uma baixa probabilidade de que, de fato, o evento ocorra conforme estimado. Em algumas áreas, é esperado que seus valores de R^2 sejam baixos. Por exemplo, qualquer área que tente prever o comportamento humano, como na saúde, normalmente tem-se valores de R^2 menores que 50%. Seres humanos são mais difíceis de prever do que processos físicos, por exemplo.

Alguns valores podem divergir da área técnica tendo em vista da utilização da projeção da população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS 2000-2030); a utilização de dados confirmados em vez de notificados como empregados rotineiramente no monitoramento das áreas técnicas; que para o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS) foram considerados dados preliminares àqueles até 6 meses da ocorrência; utilização dos dados preliminares para fixação da linha de base de alguns indicadores no Plano Estadual de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (PES/SES-GO); do emprego da população total anual nos denominadores dos indicadores que a usam, mesmo nos cálculos quadrimestrais; além de optar pela utilização de números absolutos ano invés de razão em alguns indicadores.

O emprego da população total anual nos denominadores dos indicadores que a usam foi em decorrência do fato de não haver base populacional desagregada por quadrimestre. Em vir-

tude disto, houve a necessidade de se estabelecer a população do ano como referência para o cálculo, o que acarretou na pouca expressão da variabilidade destes indicadores ao longo do período porque a população não variava conforme o passar dos quadrimestres.

Para os indicadores relativos à mamografia e citopatologia, optou-se por fazer a estimação com base, apenas, no valor absoluto uma vez que, indicadores que tem como denominador a população não obtiveram boas estimativas de seus valores ao ponto de servirem como referência da tendência e, por conseguinte, alcance da meta, sobretudo quando a meta pactuada é em relação ao período de um ano.

Esclarece-se também que a direção da seta posicionada após o título de cada indicador demonstra a direção desejada para a evolução dos mesmos (↓; ↑; →; ↓|→) e que na análise de cumprimento de metas foi dada ênfase ao ano de 2022 por se tratar de final de governo.

1. COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (↑)

Este indicador apresenta a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária. A cobertura da Atenção Primária permaneceu estável, de 2012 a 2020, no Estado de Goiás, o que também é visto no Brasil como um todo. Tanto na realidade estadual, como na federal, o indicador não alcançou 80% de cobertura em nenhum momento do período analisado.

Este indicador não está contemplado no Plano Estadual de Saúde – PES/SES-GO 2020-2023 e a não existe parâmetro de referência na Pactuação Interfederativa 2017-2021 – Sistema de Pactuação de Prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Saúde (SISPACTO). Observa-se pela série histórica (Figura 01) que Goiás apresenta tendência de aumento com a possibilidade de chegar em 2022 com pouco mais de 74% de cobertura caso as condições permaneçam inalteradas.

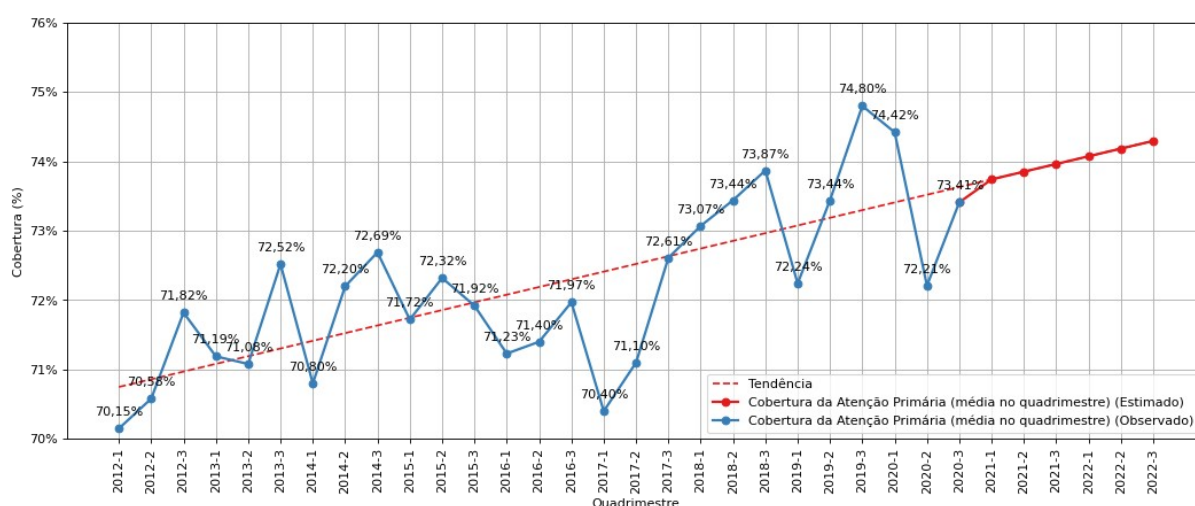


Figura 01 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção primária, Goiás, quadrimestres de 2012 a 2022 (Fonte: e-Gestor AB)

2. PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE ATINGIRAM COBERTURA VACINAL ≥ 95% EM CADA VACINA QUE COMPÕEM O INDICADOR DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PQA-VS) (↑)

O indicador proposto refere-se ao percentual de municípios que atingiram a cobertura vacinal igual ou maior que 95%, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde para as quatro vacinas que compõem o indicador do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS): Poliomielite, Pentavalente, Pneumocócica 10 Valente e Tríplice Viral D1; para crianças menores de 02 anos de idade. Em 2019, 39 municípios goianos atingiram cobertura vacinal preconizada para as 04 vacinas citadas, correspondendo ao percentual de 15,9%. A meta estipulada no PES/SES-GO 2020-2023, teve como linha de base o ano de 2018, com percentual de 29%. Para os anos subsequentes foi proposto um incremento de 1% ao ano, finalizando em 2023 com a meta de 34%. No ano de 2020, 61 (24,8%) municípios conseguiram alcançar cobertura de 95% nas 04 vacinas em questão, ficando aquém da meta, e ainda, com tendência de queda (figura 02). Observa-se, pela figura 03, o comportamento das coberturas de cada imunobiológico, ao longo do tempo.

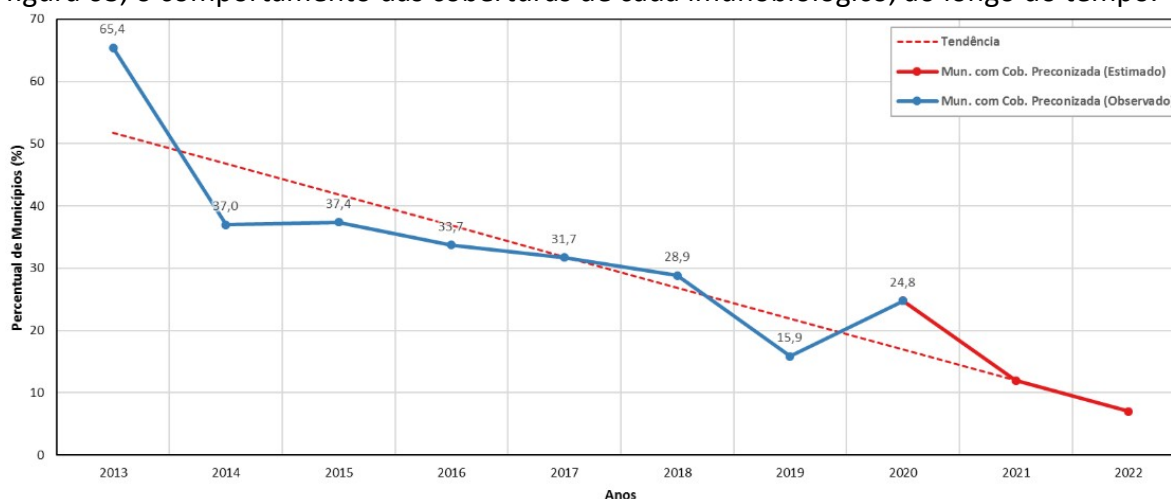


Figura 02 – Percentual de municípios com cobertura vacinal preconizada para crianças menores de 02 anos de idade, Goiás, 2013 a 2022 (Fonte: SI-PNI)

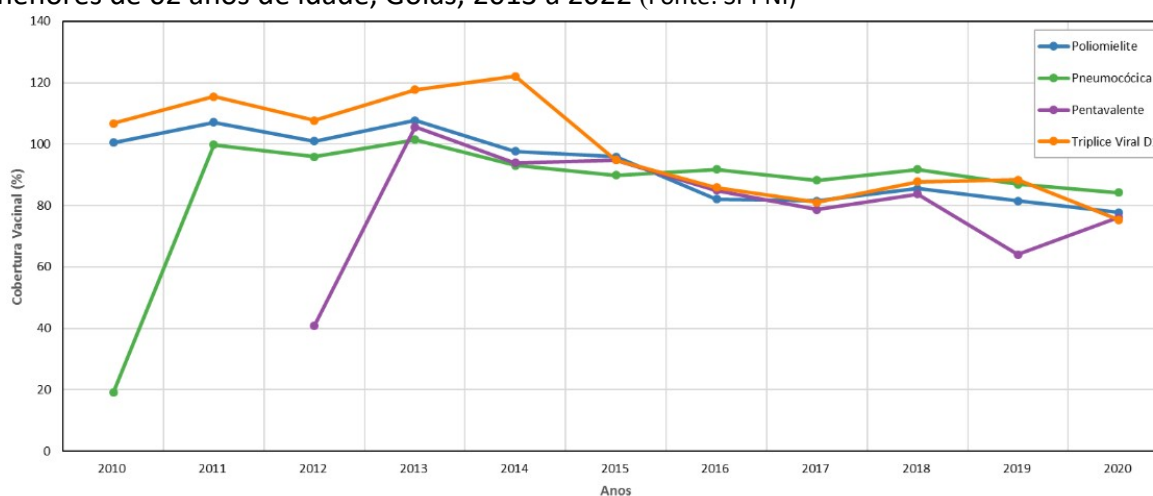


Figura 03 – Cobertura vacinal preconizada para crianças menores de 02 anos de idade, por imunobiológico, Goiás, 2010 a 2020 (Fonte: SI-PNI)

3. PROPORÇÃO DE USUÁRIOS CADASTRADOS NO E-SUS (↑)

É importante que se considere a limitação da contagem ser somente de portadores de Cartão Nacional de Saúde (CNS), tendo em vista a falta do nome do usuário nas fichas constantes nos bancos de dados acessíveis para relatórios/estatísticas impossibilitando a exclusão de dados repetidos. Outra limitação é o campo para preenchimento do nº do CNS ser o mesmo utilizado para inserção do nº de CPF, impossibilitando também o cruzamento com algum banco de dados que realize esse reconhecimento.

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023 e não há um parâmetro de referência nacional. No Estado de Goiás observa-se que o número de usuários cadastrados vem crescendo desde 2017 com a implantação do sistema e-SUS. Em conformidade com a estimativa demonstrada na figura 04, Goiás poderá alcançar em 2022 uma cobertura acima de 70%. Embora o número de cadastrados **com** CNS venha crescendo, o número de cadastros **sem** CNS também apresenta acréscimo (Tabela 01).

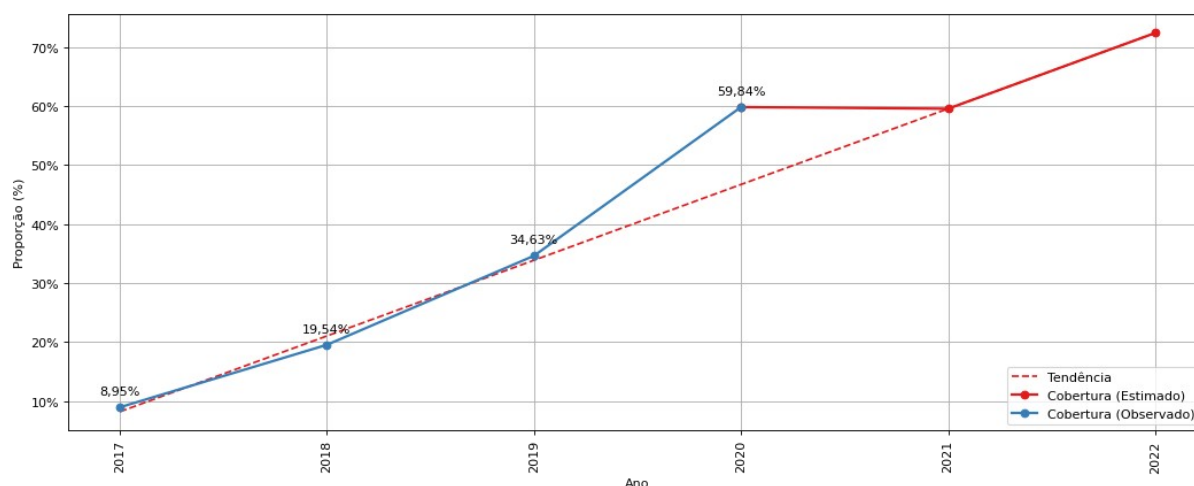


Figura 04 – Proporção da população com número de CNS cadastrada no e-SUS, Goiás, 2017 a 2022 (Fonte: e-SUS APS)

Tabela 01 – Cadastros Individuais no e-SUS, Goiás 2017 a 2020

ANO	CADASTRADOS SEM CARTÃO SUS	CADASTRADOS COM CARTÃO SUS	TOTAL	% CADASTRADOS SEM CARTÃO SUS	% CADASTRADOS COM CARTÃO SUS
2017	88.788	606.881	695.669	12,76	8,95
2018	107.476	733.669	841.145	12,78	19,54
2019	117.121	1.062.359	1.1179.480	9,93	34,63
2020	887.181	1.796.095	2.683.276	33,06	59,84

(Fonte: e-SUS APS)

Adicionalmente, a tabela 2 apresenta informações de atendimentos (por ficha de atendimento ou de visita domiciliar) acerca dos pacientes com diabetes e hipertensão.

Embora a soma do número de atendimentos individuais e visitas domiciliares com número de Cartão SUS venha crescendo, ainda é relevante o número desses atendimentos sem número de Cartão SUS.

Tabela 02 – Atendimentos individuais e visitas domiciliares – Goiás 2017 a 2020

DIABETES (atendimentos e visitas domiciliares)				
	2017	2018	2019	2020
Sem cartão	209.340	170.093	138.423	130.826
Com cartão	138.555	165.828	192.571	210.577
HIPERTENSÃO (atendimentos e visitas domiciliares)				
Sem cartão	443.031	346.760	267.914	315.318
Com cartão	307.669	379.625	449.017	501.573

(Fonte: e-SUS APS)

4. NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO (PAPANICOLAU) EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS (↑)

Indica o número de exames citopatológicos do colo de útero realizados em mulheres de 25-64 anos. A rotina preconizada no Brasil é a realização de, pelo menos, um (01) exame a cada 03 anos (Pactuação Interfederativa 2017-2021). Refere-se apenas à população que realiza o exame citopatológico no SUS e considera o número de exames realizados, e não o de mulheres examinadas, podendo contabilizar mais de uma vez a mesma mulher que tenha realizado mais de um exame no período de três anos.

A meta estipulada no PES/SES-GO 2020-2023 é uma razão de 0,5 exame em cada ano, o que equivale a 147.857 exames por quadrimestre ou 443.571/ano para 2019 e a 150.290 exames por quadrimestre ou 450.870 exames/ano para 2020 (linha de exames esperados da figura 05), estando o Estado de Goiás muito aquém da meta, 34,74% em 2019 e 17,03% em 2020, e com tendência de queda.

Importante ressaltar que a redução em 2020 (figura 05) deverá ser analisado com cautela, tendo em vista a atipicidade do ano.

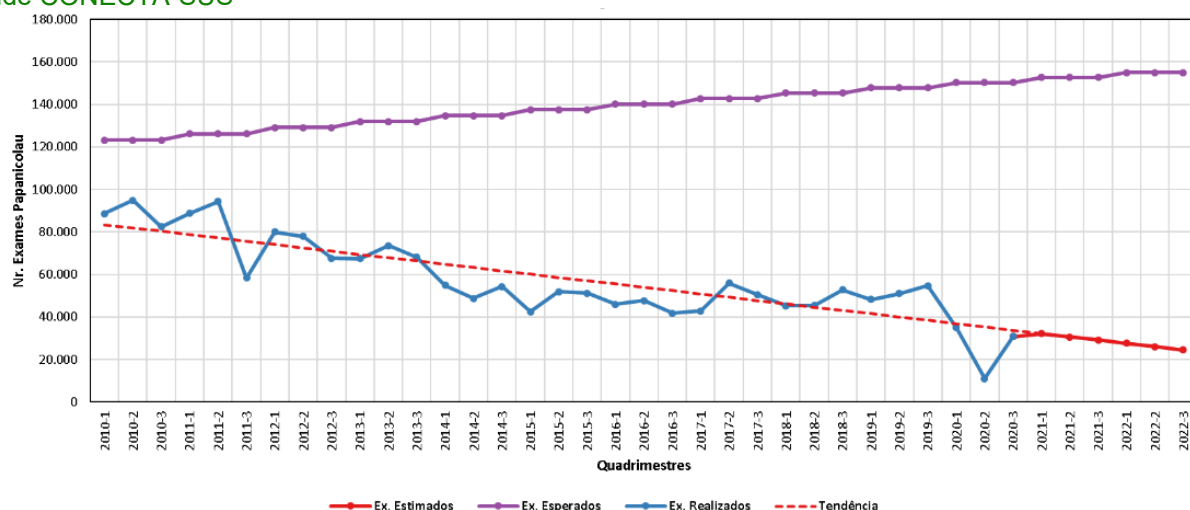


Figura 05 – Número de exames citopatológicos (Papanicolau) em mulheres de 25 a 64 anos, Goiás, quadrimestres de 2010 a 2022 (Fonte: SIASUS e DATASUS e IBGE)

5. NÚMERO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS (↑)

Indica o número de exames de mamografia realizados em mulheres de 50-69 anos. A rotina preconizada no Brasil é a realização de, pelo menos, um (01) exame a cada 02 anos (Pactuação Interfederativa 2017-2021).

Este indicador mostra a capacidade da rede de ofertar exames para a população alvo, porém avalia-se exames realizados e não mulheres examinadas, podendo contabilizar mais de uma vez a mesma mulher que tenha realizado mais de um exame no período de dois anos.

A meta estipulada no PES/SES-GO 2020-2023 é uma razão de 0,5 exame em cada ano, o que equivale a 16.727 exames por quadrimestre ou 50.181/ano para 2019 e a 17.308 exames por quadrimestre ou 51.924 exames/ano para 2020, estando o Estado de Goiás muito aquém da meta, 58,31% em 2019 e 31,56% em 2020, e com tendência de aumento, conforme figura 06.

Importante ressaltar que a redução em 2020 (figura 06) deverá ser analisado com cautela, tendo em vista a atipicidade do ano.

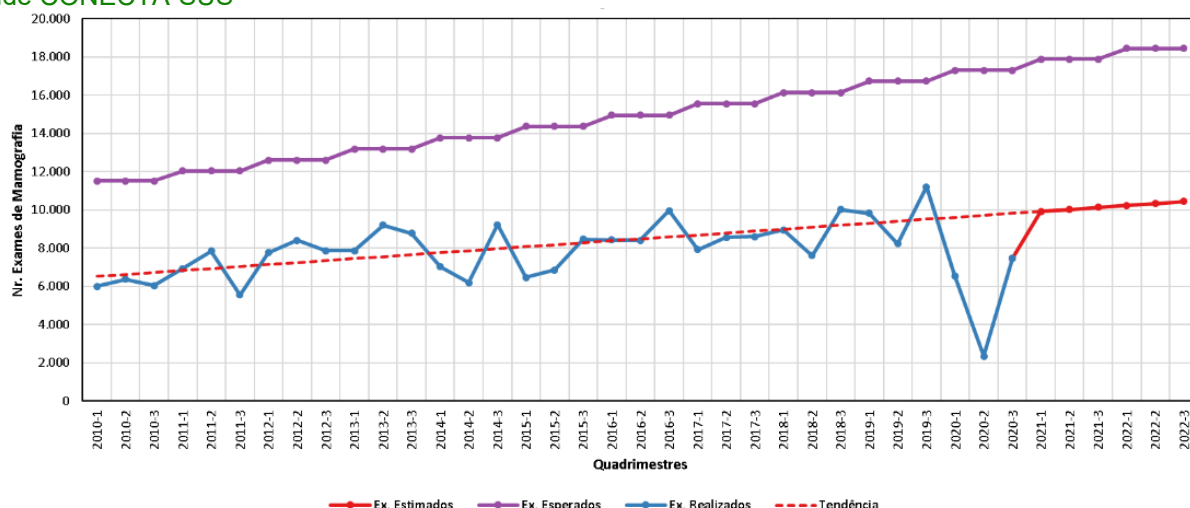


Figura 06 – Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, Goiás, quadrimestres de 2010 a 2022 (Fonte: SIASUS e DATASUS e IBGE)

6. COBERTURA DE PRÉ-NATAL COM 7 OU MAIS CONSULTAS (↑)

Mede a realização de consultas de pré-natal através das informações fornecidas pelas mulheres durante a assistência ao parto, de acordo com parâmetros estipulados pela – Rede Cegonha – Anexo 1 do Anexo II. Sofre influência conforme a situação socioeconômica da pessoa, pela infraestrutura de prestação dos serviços e pelas políticas públicas adotadas. Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas consta no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) o parâmetro de 90%. No Estado de Goiás observa-se um aumento mais acentuado dessa cobertura a partir do 2º quadrimestre de 2017, chegando no 3º quadrimestre de 2019 a 72,34% (figura 07).

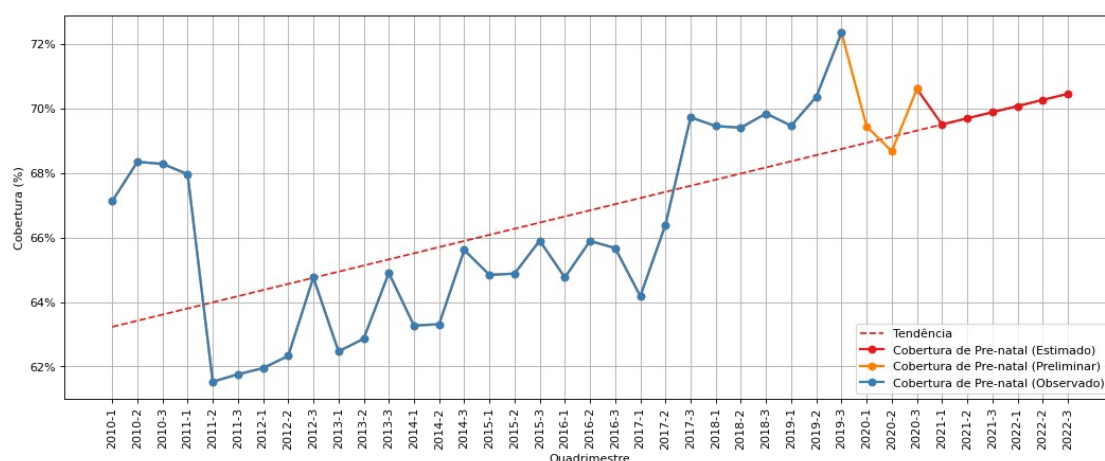


Figura 07 – Cobertura de pré-natal com 07 ou mais consultas, Goiás, quadrimestres de 2010 a 2022 (Fonte: SINASC)

No ano de 2020, ano atípico, apesar da tendência mostrada na figura 07 ser de aumento e dos dados serem preliminares, observa-se uma queda para 69,55%. Em toda a série histórica

os resultados apresentaram-se abaixo do parâmetro do IDSUS e ainda, pela estimativa apresentada, em 2022 não haverá possibilidade de alcance desta cobertura.

7. PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA (10-19 ANOS) (↓)

Indica a proporção de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10-19 anos em relação ao total de nascidos vivos de mães em todas as faixas etárias.

Entre 2010 e 2020 observou-se uma redução média de 1,13% entre os quadrimestres e, mais especificamente, entre 2019 e 2020 uma redução média entre os quadrimestres de 1,29%, de conformidade com a tendência de queda observada na figura 08. A meta estipulada no PES/SES-GO 2020-2023 é a redução em 4 p.p. até 2023, sendo 16% para 2020; 15% para 2021; 14% para 2022 e 13% para 2023.

O Estado de Goiás apresentou 13,16% já em 2020, muito próxima à meta prevista para 2023 (figura 08), no entanto os resultados alcançados em 2020 devem ser analisados com cautela..

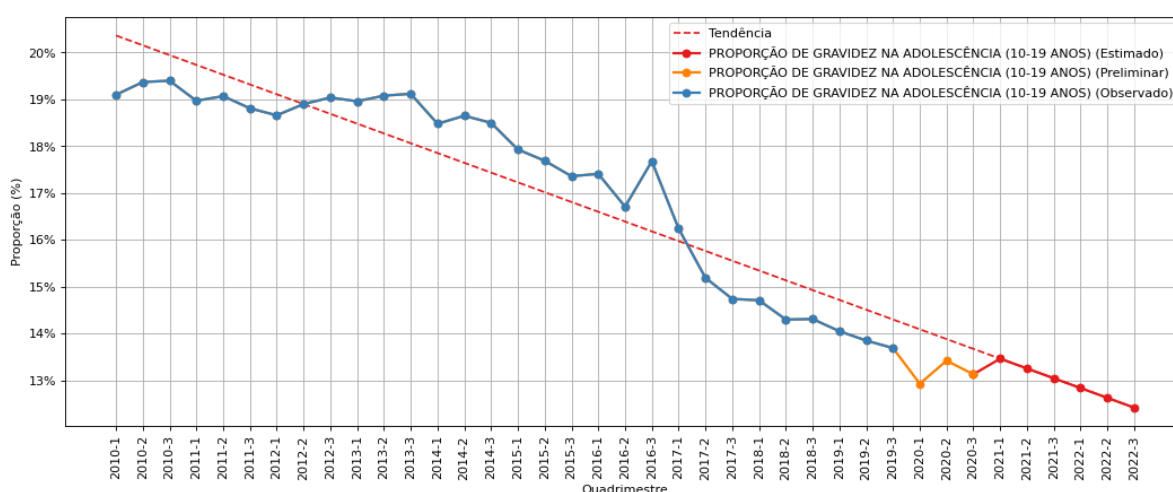


Figura 08 – Gravidez na adolescência, Goiás, quadrimestres de 2010 a 2022 (Fonte: SINASC)

8. DENGUE

8.1. TAXA DE INCIDÊNCIA DE DENGUE (↓)

O indicador de incidência de dengue é usado e monitorado semanalmente para tomada de decisões na SES/GO e, para tanto, seu cálculo leva em consideração as últimas 04 semanas de casos notificados de dengue dividido pela população do município e multiplicado por 100.000 habitantes. No presente relatório, trabalhando com dados fechados, por ano ou quadrimestre, são utilizados os casos confirmados (ou seja, são descartadas as notificações não confirmadas ou consideradas inconclusivas após o prazo de 60 dias para investigação previstos pelo Ministério da Saúde – MS).

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023. Como parâmetros de balizamento, foram considerados os repassados pela área técnica, quais sejam:

- **0-100** → casos para cada grupo de 100.000 habitantes: BAIXO RISCO
- **101 a 299** → casos para cada grupo de 100.000 habitantes: MÉDIO RISCO
- **300 ou mais** → casos para cada grupo de 100.000 habitantes: ALTO RISCO

Conforme apresentado na figura 09, observa-se a sazonalidade deste agravo, com as maiores taxas começando nos primeiros quadrimestres de cada ano. Excepcionalmente, no 3º quadrimestre de 2020 observa-se a menor taxa desde 2018, faixa de baixo risco, porém esta observação deve ser vista com cautela considerando a atipicidade do ano de 2020 (pandemia). A linha de estimativa, relembrando que foi calculada levando-se em conta a série histórica até 2019, demonstra que esta taxa não ficará abaixo de 200 casos por 100.000 habitantes até 2022-3, ou seja, na faixa de médio risco.

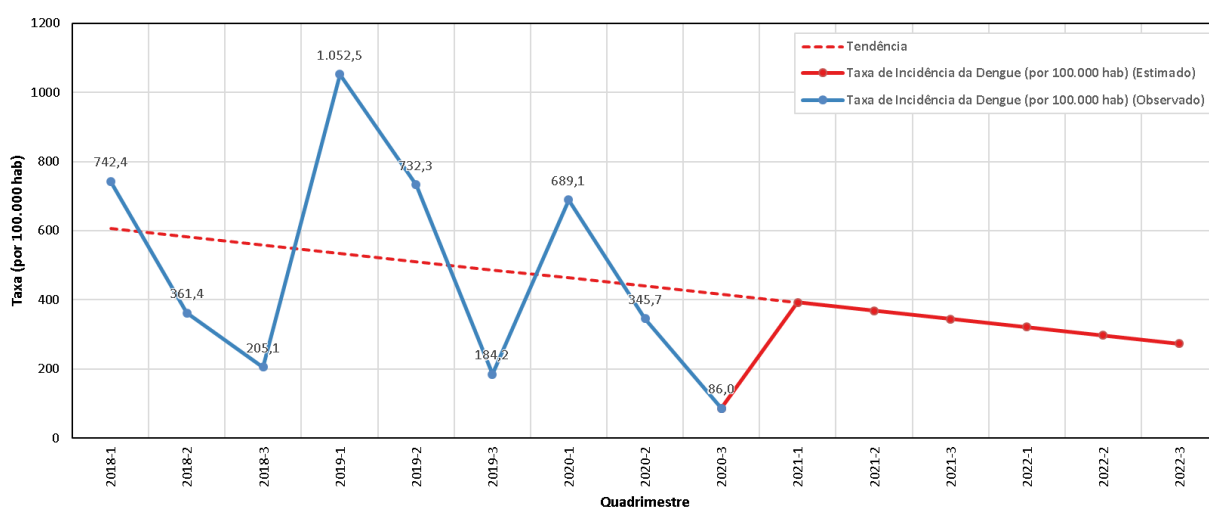


Figura 09 – Taxa de incidência de dengue (casos confirmados), Goiás, quadrimestres de 2018 a 2022 (Fonte: SUVISA/GVE/CECDCZ)

8.2. NÚMERO DE ÓBITOS POR DENGUE (↓)

A meta estipulada no PES/SES-GO 2020-2023, com linha de base em 2019 de 106 óbitos, é a redução destes óbitos em 10% ao ano para no máximo 69 até 2023, sendo 95 em 2020, 85 em 2021, 77 em 2022 e 69 em 2023.

Foram confirmados 97 óbitos em 2019. Sendo assim, observou-se uma redução de 42,3% (56 óbitos) de 2019 para 2020, bem acima do almejado. A confirmar-se a tendência apresentada na figura 10, Goiás poderá apresentar uma situação ideal ao final de 2021.

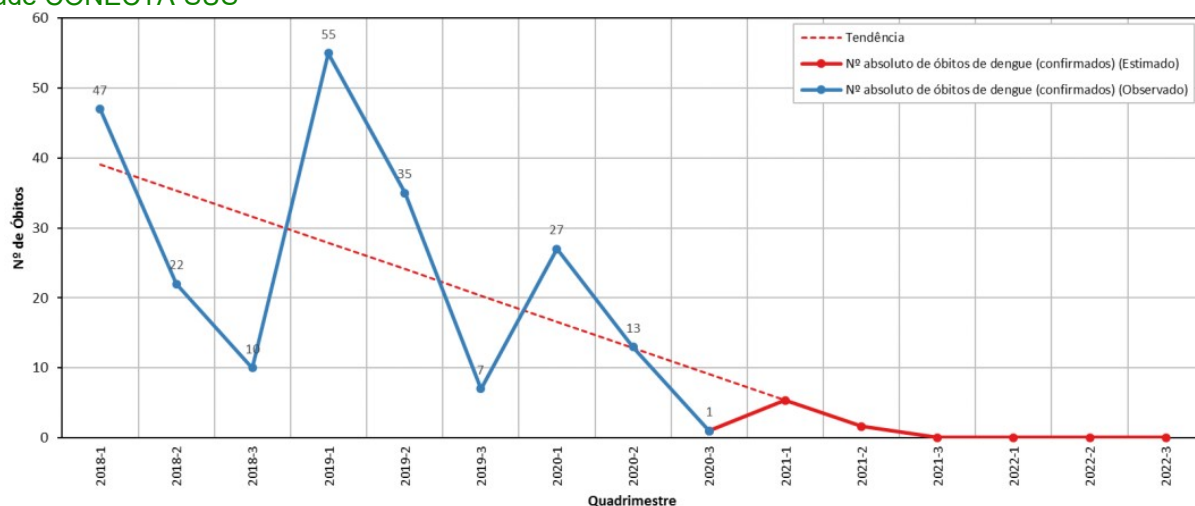


Figura 10 – Número absoluto de óbitos por dengue, Goiás, quadrimestres de 2018 a 2022 (Fonte: SUVISA/GVE/CECDCZ)

8.3. TAXA DE LETALIDADE DE DENGUE (↓)

Leva em consideração os óbitos confirmados (dados preliminares são utilizados somente quando considerada a tempestividade para a tomada de decisões) e os casos confirmados da doença. Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas busca-se a redução. A confirmar-se a tendência observada na figura 11, Goiás poderá apresentar uma situação ideal ao final de 2021.

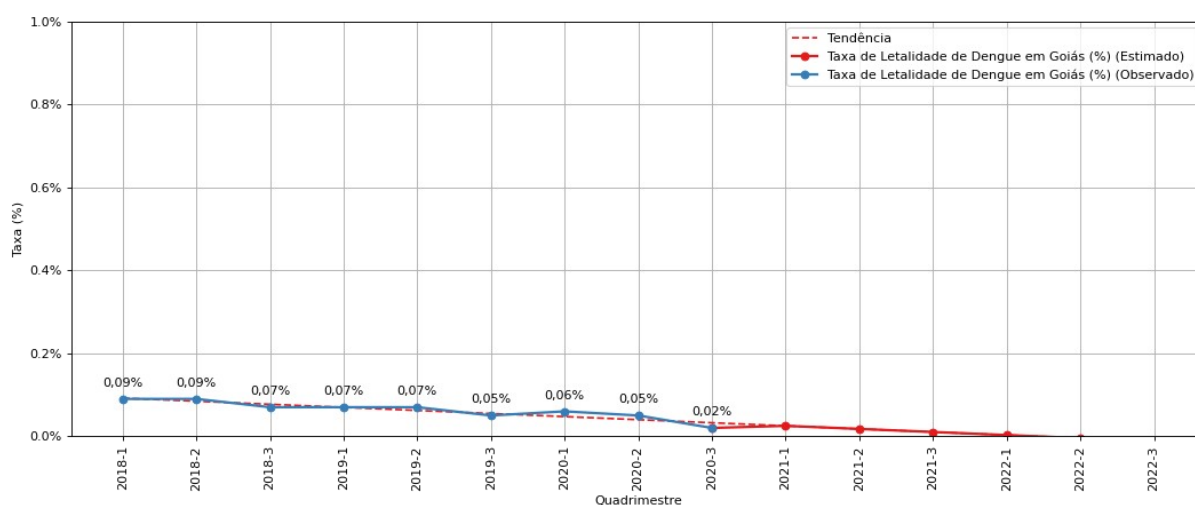


Figura 11 – Taxa de letalidade de dengue, Goiás, quadrimestres de 2018 a 2022 (Fonte: SUVISA/GVE/CECDCZ)

9. HANSENÍASE

9.1. PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES (↑)

Dentre as pessoas acometidas por esta morbidade, espera-se que a maioria delas se cure, portanto, a tendência desejável para este indicador é que ele aumente. Afere a proporção de cura dos casos novos de hanseníase, diagnosticados nos anos da coorte.

A meta estipulada no PES/SES-GO 2020-2023 foi de aumentar a proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, sendo 90% para 2020; 91% para 2021; 92% para 2022 e 93% para 2023. A se confirmar a tendência apresentada (figura 12) Goiás poderá alcançar a meta prevista para 2023 (93%) ainda em 2022.

Ressalta-se que no Boletim Epidemiológico de Hanseníase/2021 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) são apresentados os seguintes parâmetros: BOM $\geq 90,0\%$; REGULAR 75,0 a 89,9%; PRECÁRIO $< 75,0\%$. Sendo assim, Goiás poderá alcançar o parâmetro BOM, antes do final de 2021.

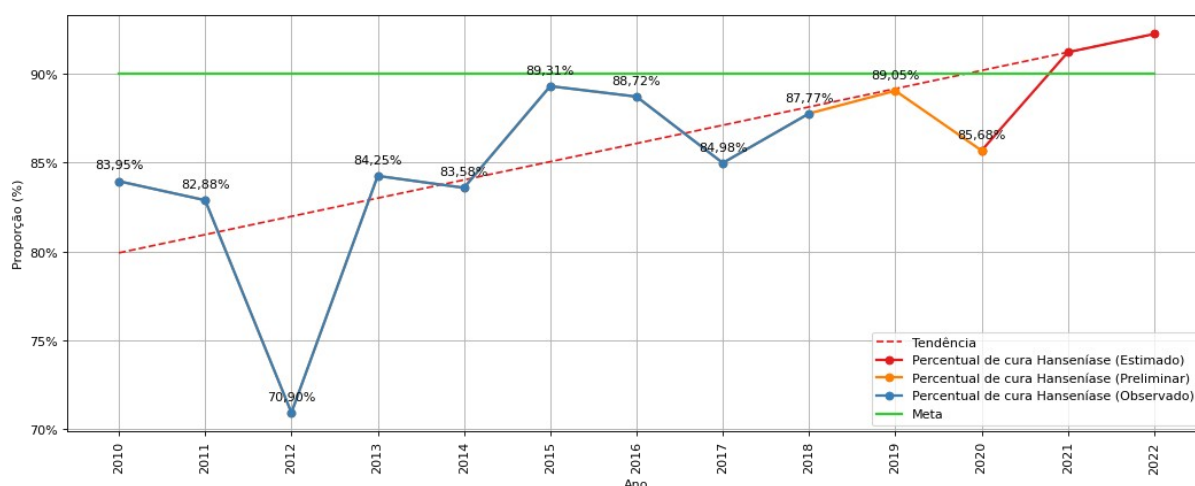


Figura 12 – Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, Goiás 2010 a 2022 (Fonte: SINAN)

9.2. PROPORÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE EM ABANDONO DE TRATAMENTO ENTRE OS CASOS NOVOS DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES (↓)

Dentre as pessoas acometidas por esta morbidade, espera-se que a maioria delas não abandone o tratamento e, assim, possam se curar. Portanto, a tendência desejável para este indicador é que ele diminua. Mede a proporção de casos novos de hanseníase, diagnosticados nos anos das coortes, em abandono de tratamento.

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas busca-se a redução. No manual técnico-operacional “Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública/2016” (SVS/MS) encontram-se os parâmetros de recomendação: BOM $< 10\%$; REGULAR 10 a 24,9%; PRECÁRIO $\geq 25\%$ para este indicador. Na figura 13 observa-se que o Estado tem se mantido no parâmetro “Bom”.

Ressalta-se que a área técnica vem buscando, para 2021, uma meta de abandono < 5%, o que não será possível, considerando a tendência e a estimativa apresentada na figura 13.

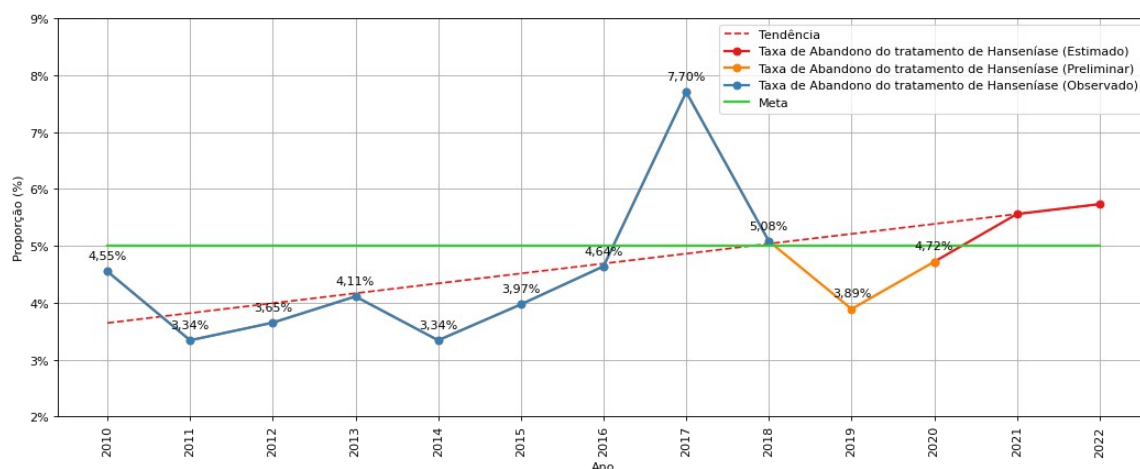


Figura 13 – Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, Goiás 2010 a 2022 (Fonte: SINAN)

10. NÚMERO ABSOLUTO DE CASOS DE SARAMPO CONFIRMADOS (↓)

A meta estipulada no PES/SES-GO 2020-2023 foi de reduzir em 100% o número de casos confirmados de sarampo em Goiás até 2023, sendo 07 casos em 2020; 03 em 2021; 01 em 2022 e zero em 2023. Na figura 14 observa-se que desde abril/2020 não foram confirmados mais casos, portanto, o Estado já atingiu a meta prevista para 2023.

Segundo a área técnica, em julho de 2019, foi detectado em Santa Catarina um caso de sarampo confirmado em um paciente residente em Goiás, no entanto o contágio se deu em São Paulo e o período de infecção/transmissão foi passado naquele Estado. Em agosto de 2019, o registro de 5 casos confirmados de sarampo em Goiás, reestabeleceu uma cadeia de transmissão da doença após 20 anos sem circulação do vírus. Os casos estão relacionados com o surto instalado em São Paulo, considerando que 3 casos têm histórico de viagem para aquele Estado no mês de julho e agosto. Após a implementação do Plano Estadual de Contingência de Surto de Sarampo, em março de 2020 foi confirmado o último caso no Estado após oito meses de surto ativo.

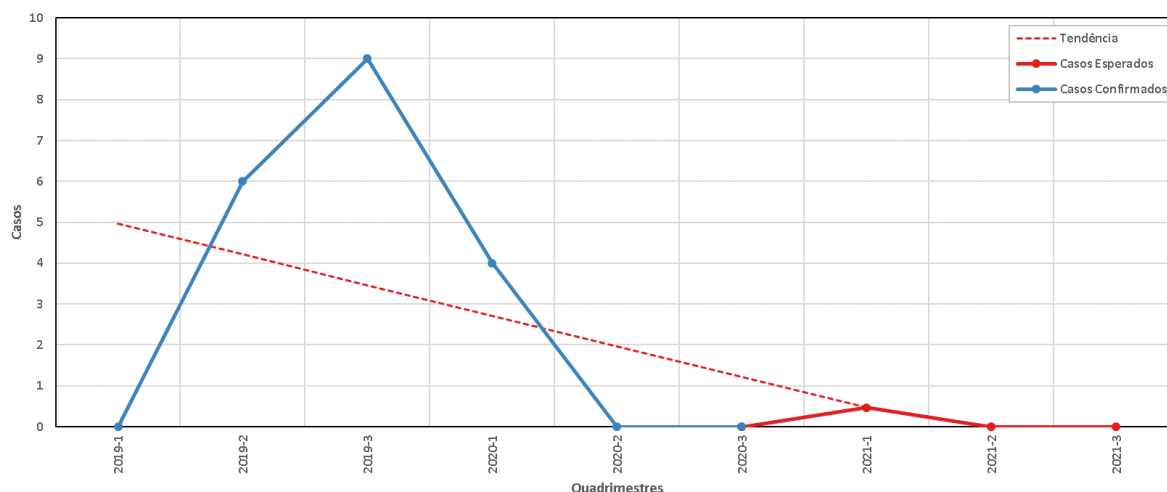


Figura 14 – Casos notificados e confirmados de sarampo, Goiás, quadrimestres 2019 a 2021 (Fonte: SUVISA/GVE)

11. PROPORÇÃO DE REGISTROS DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA (↑)

Possibilita a inferência sobre a qualidade dos registros relativos às causas da mortalidade. Sinaliza a disponibilidade de infraestrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação do profissional para preenchimento das Declarações de Óbitos (DO).

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas busca-se a redução. Na Pactuação Interfederativa/SISPACTO o parâmetro nacional de referência para 2019 foi de 95%. Na figura 15 observa-se que o Estado tem se mantido acima de 95% desde 2012 com alternância de pequenas quedas, com tendência de aumento e alcance de 100% em 2022. As quedas de 2020, dados preliminares, deverão ser analisadas com maior cautela dada a atipicidade do ano em questão.

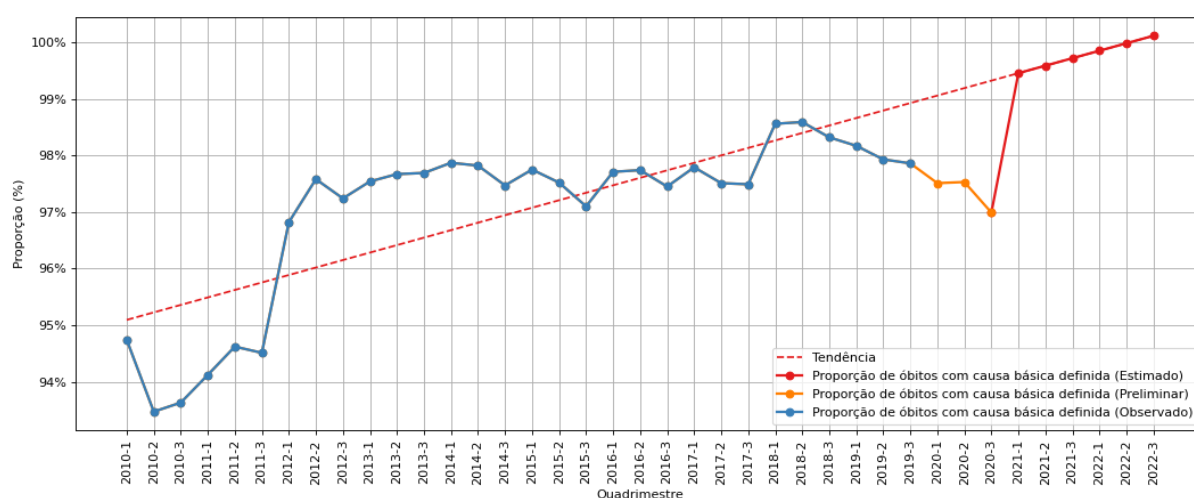


Figura 15 – Proporção de óbitos com causa básica definida, Goiás, quadrimestres 2010 a 2022 (Fonte: SIM/SINASC)

12. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (↓)

Estima o risco de morte durante o primeiro ano de vida. Ele reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para a atenção à saúde materna e da população infantil. O parâmetro nacional de referência segue a Organização Mundial da Saúde (OMS) que considera aceitável um índice de 10 mortes para cada mil nascimentos (Pactuação Interfederativa 2017-2021).

Os dados do ano de 2020 apontam que o Estado teria se aproximado de tal parâmetro, no entanto, é importante frisar que se trata de dados preliminares e de um ano atípico. Observa-se que, embora a tendência seja de queda, a permanecerem as condições atuais, o parâmetro nacional não será alcançado em 2022, ficando pouco abaixo de 12 óbitos por 1.000 nascidos vivos no 3º quadrimestre (figura 16).

Adicionalmente, ressalta-se que meta estipulada no PES/SES-GO 2020-2023 foi estabelecida em percentuais: 11% em 2020; 10,75% em 2021; 10,25% em 2022 e 9,9% em 2023.

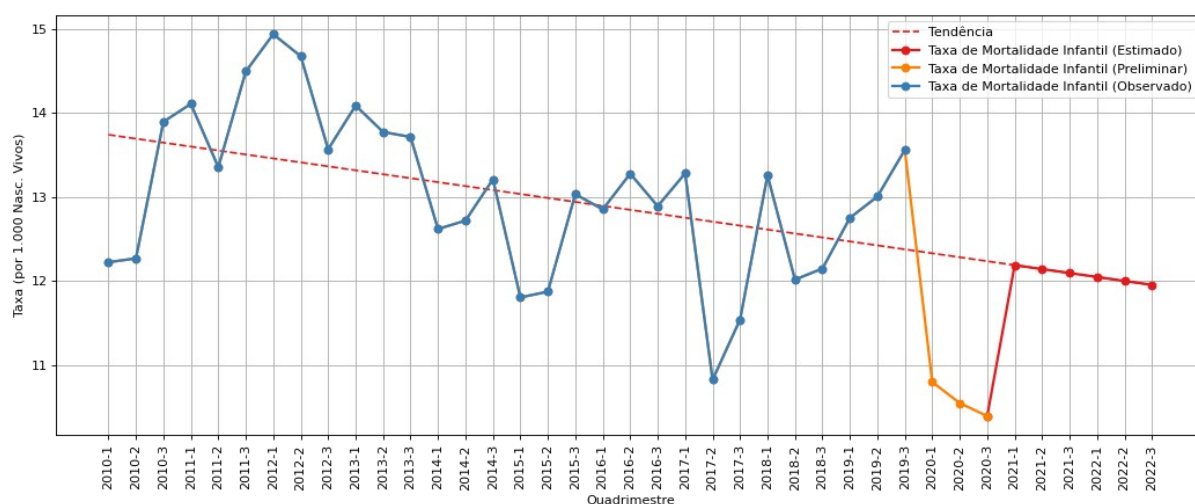


Figura 16 – Taxa de mortalidade infantil, Goiás, quadrimestres 2010 a 2022 (Fonte: SIM/SINASC)

13. PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS (↑)

Quanto mais óbitos infantis e fetais investigados, melhores serão as chances de se encontrar a origem dos problemas que causaram os óbitos e, assim, tentar antevê-los, preveni-los ou, até mesmo, evitá-los por meio de intervenções oportunas.

As metas estipuladas no PES/SES-GO 2020-2023, com linha de base em 2019 de 60%, propunham aumentar a proporção de óbitos infantis e fetais investigados para: 71% em 2020; 73% em 2021; 74% em 2022 e 75% em 2023. É importante frisar que a meta estipulada no PES 2020-2023 não condiz com a série histórica traçada (dados do SIM) até o ano de 2019; as metas estipuladas estão abaixo dos percentuais, historicamente,

alcançados. Outro fato relevante é a tendência de queda observada para este indicador, ou seja, inversa àquela desejada (Figura 17).

Os dados preliminares do ano de 2020, apresentam comportamento atípico e devem ser observados com cautela.

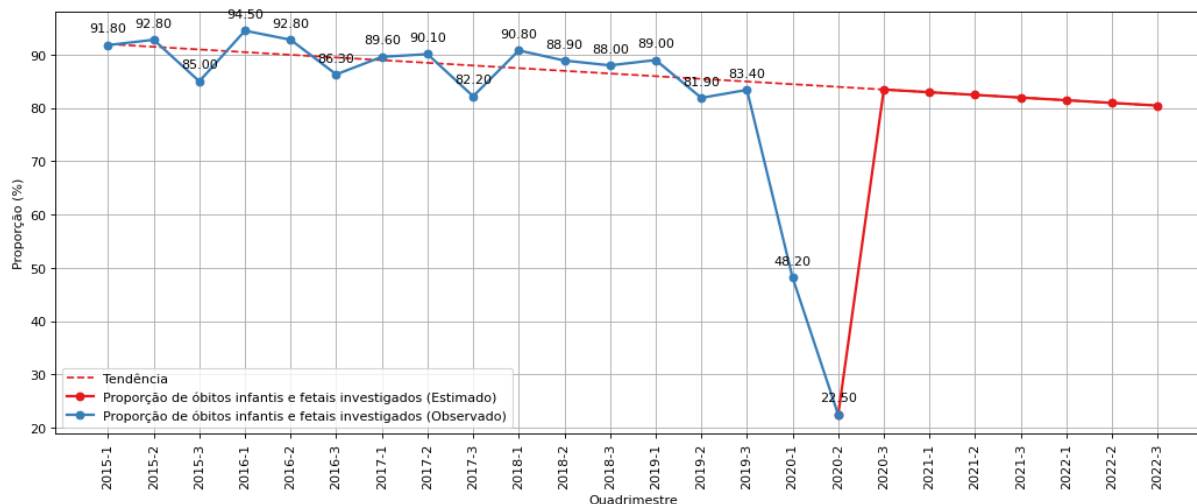


Figura 17 – Proporção de óbitos infantis e fetais investigados, Goiás quadrimestres 2015 a 2022 (Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal/SIM)

14. TAXA BRUTA DE MORTALIDADE PREMATURA PELO CONJUNTO DAS 04 PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (↓)

Estima o risco de morte de uma pessoa, na faixa etária de 30-69 anos, pelo conjunto dos 04 (quatro) principais grupos das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT): doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

A meta estipulada no PES/SES-GO 2020-2023, com linha de base de 281,95% em 2019, foi de reduzir a taxa de mortalidade prematura em 2% ao ano: 276,31 em 2020, 270,78 em 2021, 265,36 em 2022 e 260,06 em 2023. A tendência mostrada na figura 18 aponta para uma queda e a permanecerem as condições atuais, a meta de 2022 não será alcançada (Figura 19).

Importante ressaltar que, embora os dados do ano de 2020 apontem que o Estado teria quase alcançado a meta do ano, tratam-se de dados preliminares e de um ano atípico; esse resultado deve ser analisado com cautela.

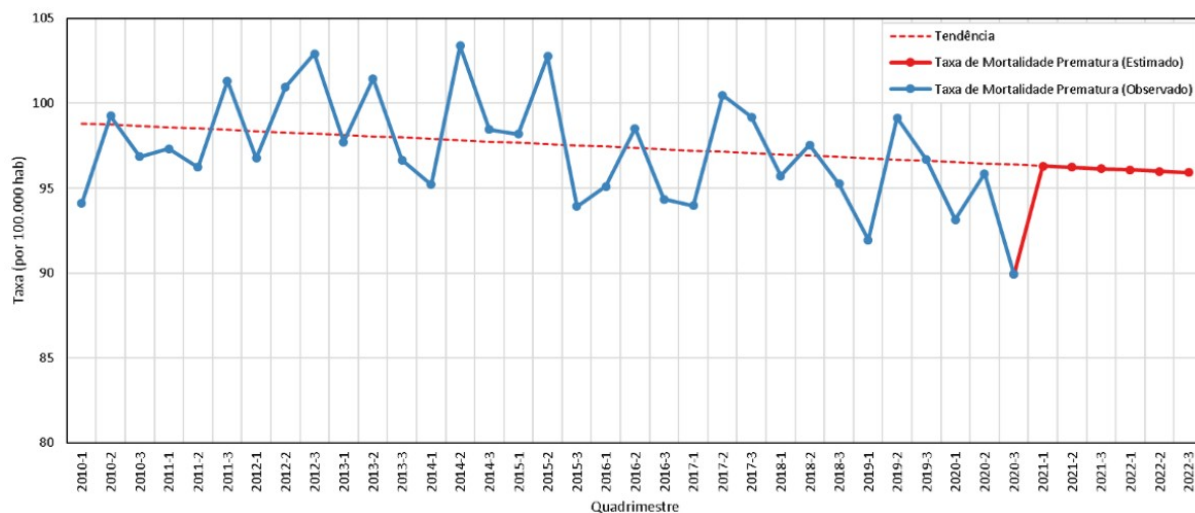


Figura 18 – Taxa bruta de mortalidade prematura pelo conjunto das 04 principais doenças crônicas não transmissíveis, Goiás, quadrimestres de 2010 a 2022 (Fonte: SIM)

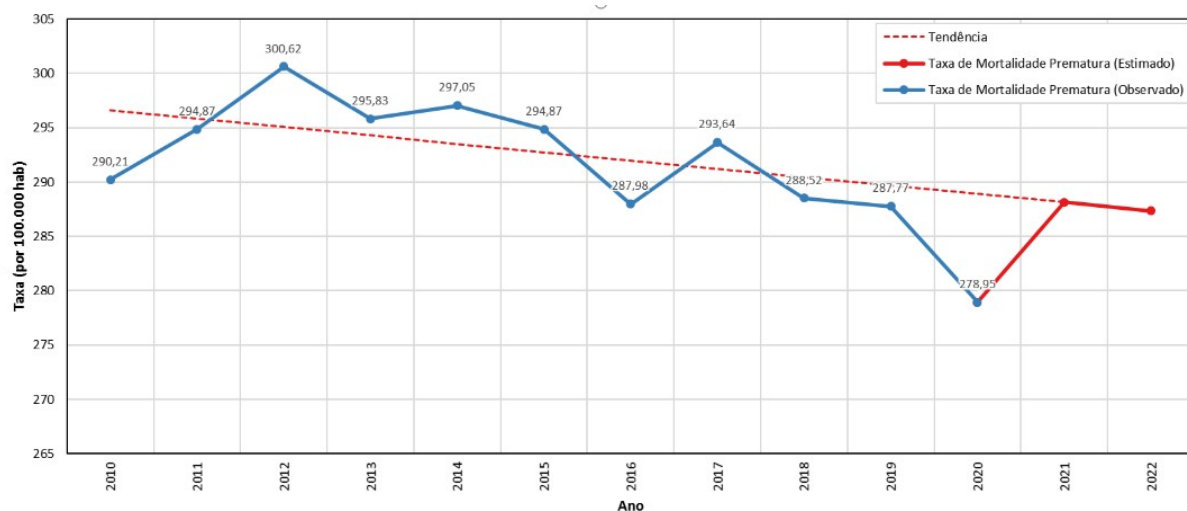


Figura 19 – Taxa bruta de mortalidade prematura pelo conjunto das 04 principais doenças crônicas não transmissíveis, Goiás, 2010 a 2022 (Fonte: SIM)

15. TAXA DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (↓)

Estima o risco de morte da mulher em idade fértil (10-49 anos). Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas busca-se a redução. Observa-se, na figura 20, que a série histórica deste indicador aponta para uma tendência de queda, no entanto o Estado tem se mantido acima de 31,8 óbitos por 100.000 mulheres desde o primeiro quadrimestre de 2010. Os dados preliminares de 2020, devem ser analisados com cautela dada a atipicidade do ano em questão.

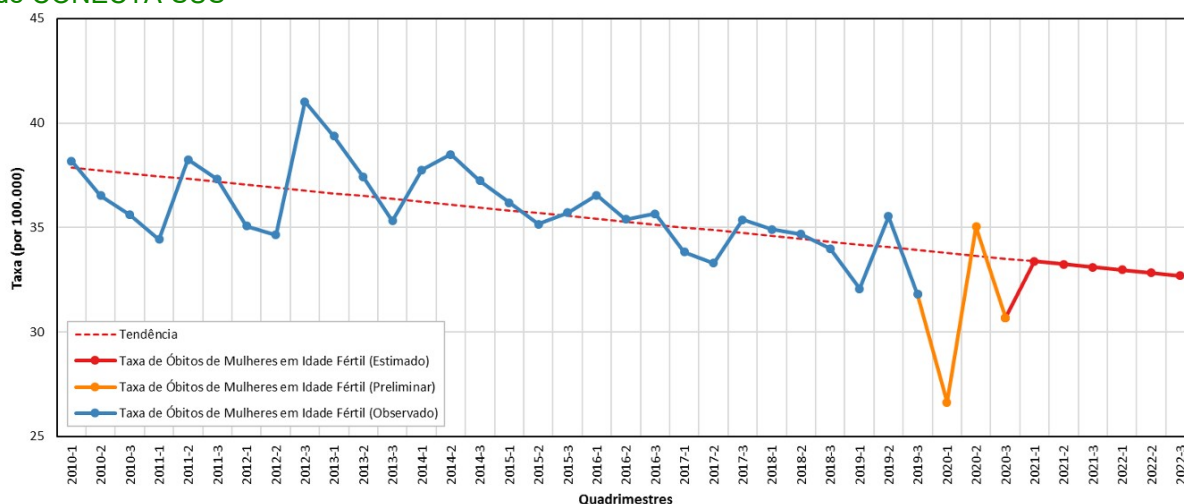


Figura 20 – Taxa de óbitos em mulheres em idade fértil, Goiás, quadrimestres de 2010 a 2022 (Fonte: SIM)

16. PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS POR INTERVENÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) (↓)

Óbitos, evitáveis ou reduzíveis, são definidos como aqueles preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. Espera-se que óbitos por causas evitáveis não ocorram. Mede a proporção de óbitos evitáveis por intervenções do SUS, na faixa etária de 05 a 74 anos de idade, em relação ao total dos óbitos. E foi calculado com base na lista atualizada de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS (MALTA et al, 2011).

Pressupõe-se que é possível impedir uma morte prematura evitando o surgimento da doença ou tratando-a adequadamente quando esta se apresenta (MALTA et al, 2007). Taxas elevadas de mortes evitáveis estão, normalmente, relacionadas a deficiências no sistema de saúde e nos cuidados prestados à população, sinalizando que a atenção integral à saúde pode não funcionar adequadamente e que a qualidade da atenção precisa ser melhorada (RUTSTEIN et al, 1976).

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas busca-se a redução. Observa-se que o Estado se manteve na faixa de 69 a 74% de óbitos por causas evitáveis, com uma tendência de aumento, conforme a série histórica (figura 21). O ano de 2020 deve ser analisado com cautela, por sua atipicidade.

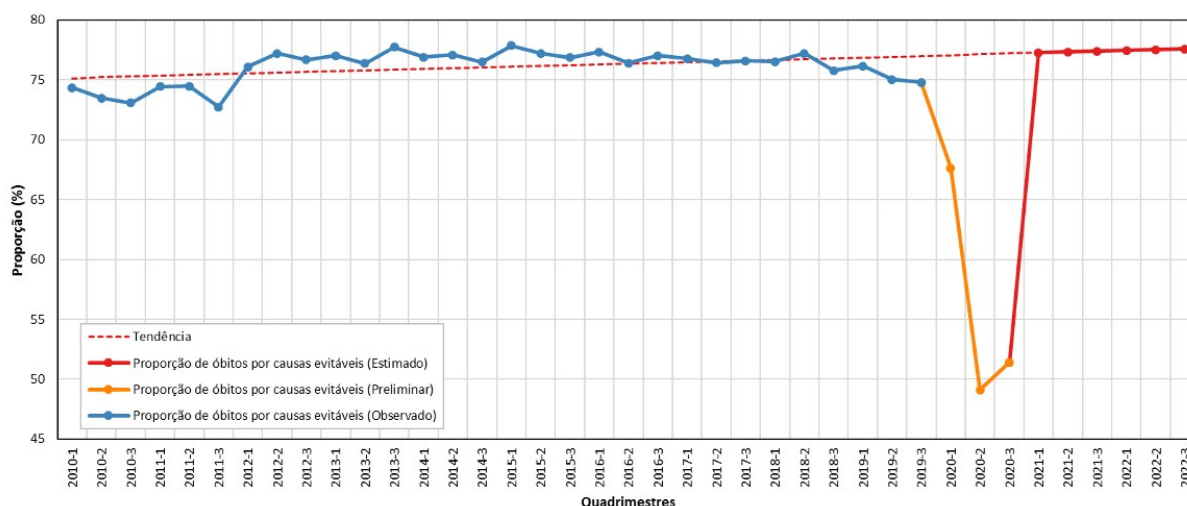


Figura 21 – Proporção de óbitos por causas evitáveis segundo a lista de causas evitáveis de 05-74 anos de idade por intervenções do SUS, Goiás, quadrimestres 2010 a 2022 (Fonte: SIM)

17. PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) (↓)

Esse indicador pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de uma gama de afecções e que dentre estas, existe um subconjunto de 17 causas mais sensíveis à efetividade da atenção primária, portanto, uma proporção dessas internações pode ser evitada por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas nesse nível da atenção à saúde.

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas busca-se a redução. Na figura 22 observa-se que o Estado se manteve entre 19,82% a 23,45% de internações por causas sensíveis à APS até 2019, apresentando, entre 2018-3 e 2019-3 uma queda mais acentuada. Pela série histórica deste indicador, mantidas as condições atuais, há uma tendência suave de diminuição. O ano de 2020 deve ser objeto de uma análise em separado devido a sua atipicidade.

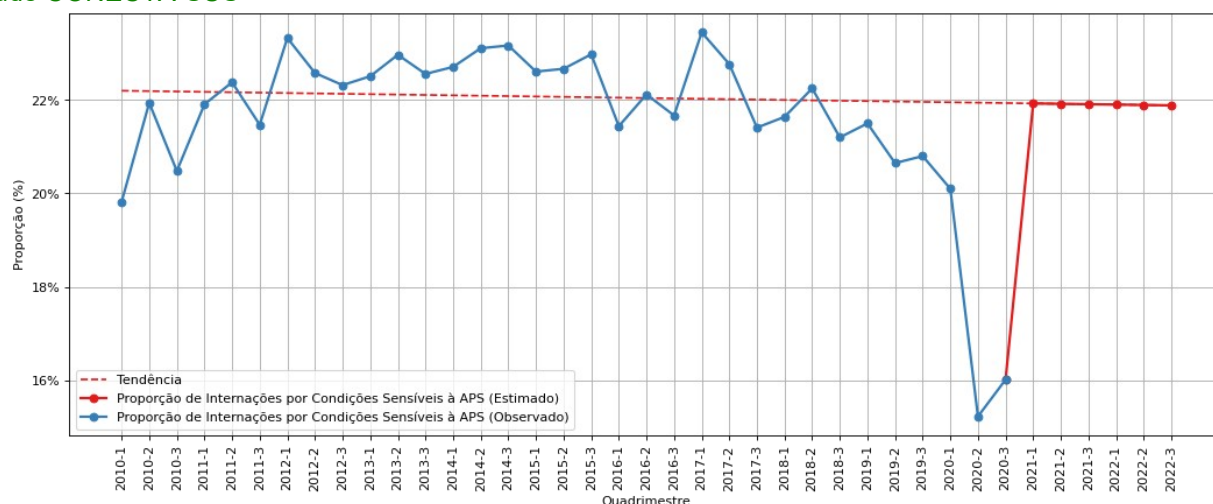


Figura 22 – Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde, Goiás, quadrimestres de 2010 a 2022 (Fonte: SIHSUS)

18. PROPORÇÃO DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE UNIDADES PRÓPRIAS DA REDE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES/GO) EM RELAÇÃO AO TOTAL DE AIHS EMITIDAS (↑)

Este indicador auxilia a gestão estadual a monitorar o processo de registro da produção hospitalar dos hospitais no Sistema de Informações Hospitalares (SIHSUS), sistema oficial do Ministério da Saúde (MS), sob pena de não ter a totalidade dos recursos financeiros repassados ao Estado, em contrapartida aos serviços de saúde realizados.

Devido ao processo de homologação do ARGOS, Sistema de Informação próprio da SES, que processaria este tipo de dado, e às mudanças de sistema de gestão hospitalar das OSs, não foi possível obter os dados necessários ao seu cálculo.

19. PERCENTUAL DE OCORRÊNCIA DE GLOSAS NO SIHSUS (↓)

As glosas hospitalares podem ser conceituadas como cancelamentos, recusas parciais ou totais de um orçamento, além do não faturamento de procedimentos, valores, materiais, medicamentos, diárias e demais serviços. A consequência é o não pagamento, repasse por parte do Ministério da Saúde dos atos médico-hospitalares realizados. Ou seja, quando há a glosa, o que foi gasto, realizado, não é ressarcido.

Assim, o indicador mede a proporção de ocorrências de AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) glosadas em relação ao total de apresentações de AIHs. Este indicador não tem como objetivo apurar o montante financeiro perdido e refere-se as unidades hospitalares da rede própria da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) elencadas no quadro 01.

Unidades			
01	Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo	11	Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad
02	Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho (Jataí)	12	Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim
03	Hospital de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta	13	Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime (Pirenópolis)
04	Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia	14	Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi
05	Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado	15	Hospital Estadual Materno Infantil Dr. Jurandir do Nascimento
06	Hospital Estadual de Urgências de Aparecida de Goiânia Cairo Louzada	16	Hospital Regional de Formosa Dr. César Saad Fayad
07	Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz	17	Hospital Regional de Itumbiara São Marcos
08	Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira Dos Santos	18	Hospital Regional de Luziânia
09	Hospital Estadual de Urgências de Anápolis Dr. Henrique Santillo	19	Hospital Regional de S. Luís de Montes Belos Dr. Geraldo Landó
10	Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Gov. Otávio Lage de Siqueira	20	Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes

Quadro 01 – Relação das unidades próprias hospitalares da SES-GO

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas busca-se a redução. A análise da série histórica deste indicador (Figura 23), levando-se em conta o período de 2010 até 2019, apresentou um intervalo de variação de mínimo de 6,37% (2011-1) a 19,30% (2019-1), a tendência apurada é de aumento.

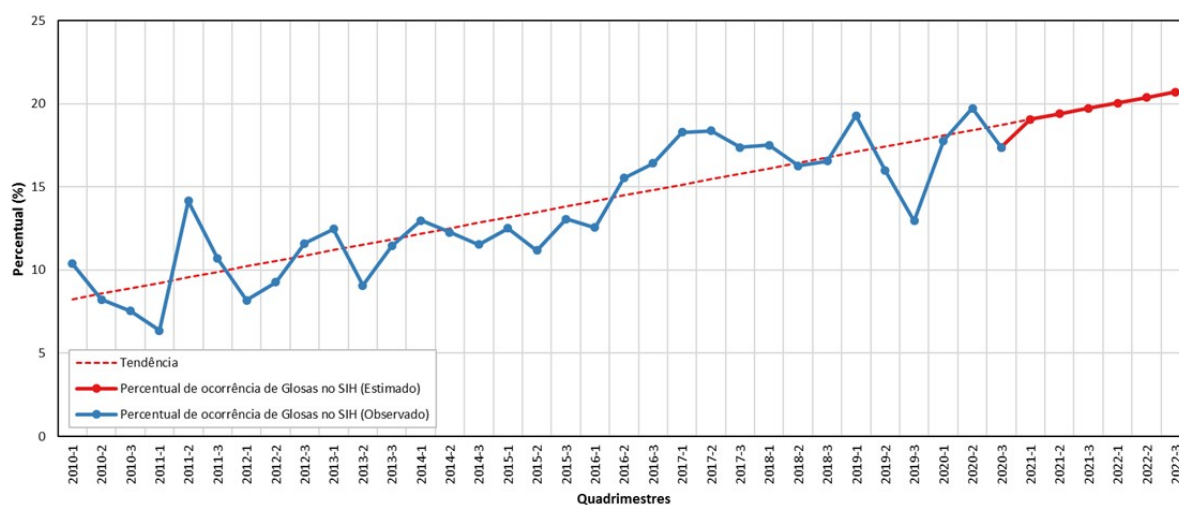


Figura 23 – Percentual de ocorrência de glosas no SIH, rede própria SES, Goiás, quadrimestres 2010 a 2022 (Fonte: SIHSUS)

20. MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (DIAS) (↓|→)

Avalia o tempo que em média um paciente permanece internado pelo SUS em unidades hospitalares. Está relacionado a boas práticas clínicas. A tendência desejável para este indicador é que ele diminua, todavia, espera-se que o paciente permaneça hospitalizado

peelo tempo necessário estimado para sua alta hospitalar considerando, evidentemente, o problema de saúde que o levou a ser hospitalizado e o perfil de atendimento de cada unidade. Sendo assim, a tendência desejável toma outro viés que seria a manutenção de sua estabilidade.

Da forma como está apresentado aqui, o indicador refere-se as unidades hospitalares da rede própria da SES-GO (Quadro 01), que até a data de desenvolvimento deste relatório possuíam leitos cirúrgicos e clínicos devidamente registrados no Cadastro Nacional por Estabelecimentos de Saúde (CNES) e que registraram, em algum dos anos da série, alguma internação hospitalar.

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023. Na figura 24, observa-se que o Estado manteve, considerando-se suas unidades próprias, entre 5,2 a 6,0 dias em média de permanência em suas internações, apresentando uma tendência de queda.

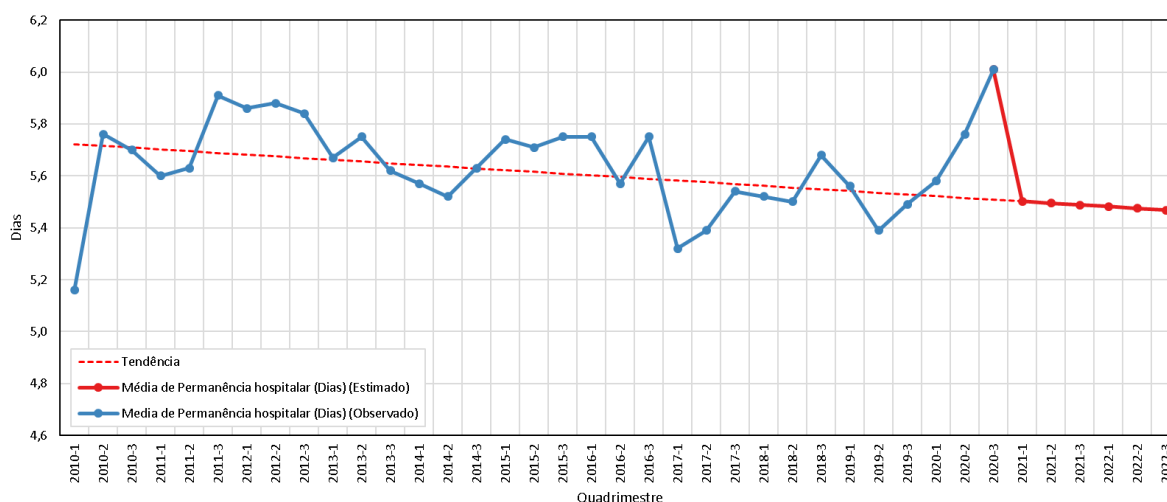


Figura 24 – Média de permanência hospitalar em dias, rede própria SES, Goiás, quadrimestres de 2010 a 2022 (Fonte: SIHSUS)

21. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (→)

Avalia o grau de utilização dos leitos hospitalares operacionais em determinada unidade de saúde ou local, refletindo o perfil de utilização e gestão do leito e está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência. A tendência desejável para este indicador é que ele se mantenha estável entre 75% e 85% (CQH, 2009), nestes patamares não há sobrecarga do sistema hospitalar, tampouco subutilização do recurso.

Cabe destacar que leitos operacionais, ou disponíveis, correspondem aos leitos por dia, incluindo os leitos extras com pacientes internados, denotando que o número de leitos por dia pode variar de um dia para outro de acordo com o bloqueio e desbloqueio de leitos e com a utilização de leitos extras (BRASIL, 2002). Assim, embora o referido indicador carregue consigo o conceito de ocupação de leitos operacionais, o que se mede, na prática, é a

ocupação hospitalar com base no número de leitos cadastrados no CNES. Este, por sua vez, não traz consigo, em seu cadastro, a indicação de que o leito está operacional ou não, bem como que ele seja exclusivo ou não para COVID.

Os dados apresentados na figura 25 referem-se a todas as unidades hospitalares da rede própria da SES-GO (quadro 01), que até a data de desenvolvimento deste relatório possuíam leitos cirúrgicos e clínicos devidamente registrados no CNES e que registraram, em algum dos anos da série, alguma internação hospitalar.

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas as recomendações ditam 75% a 85% como parâmetros desejáveis. Na figura 25, observa-se que esta taxa variou de 68,39% em 2011-3 a 95,14% em 2018-1. A tendência verificada é de aumento.

Os valores verificados nos quadrimestres a partir de 2020-1 devem ser objeto de um olhar mais acurado, tendo em vista os valores da série histórica em si e a atipicidade do ano de 2020, apesar de estarem dentro da faixa desejada.

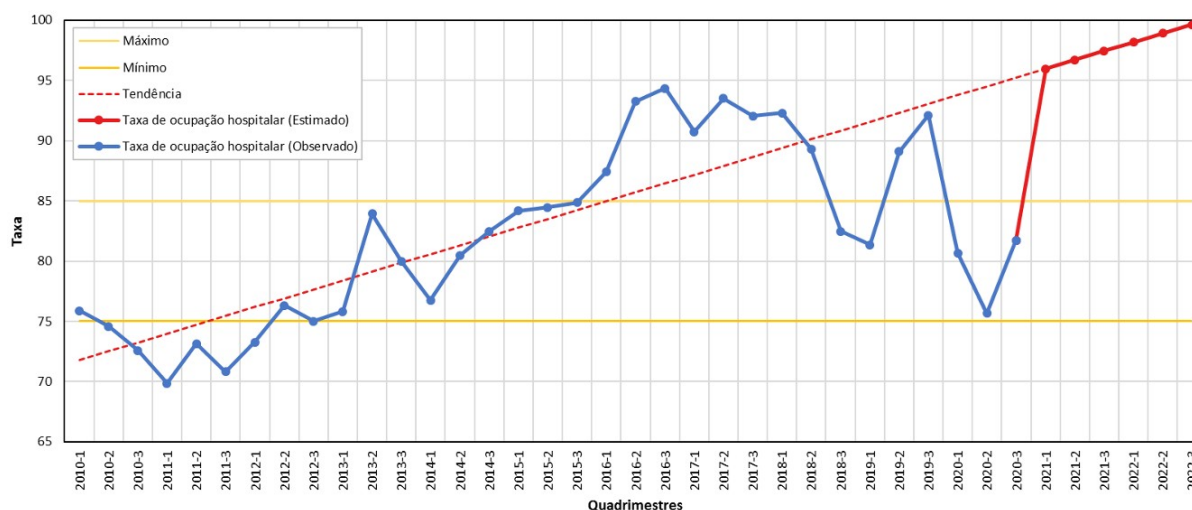


Figura 25 – Taxa de ocupação hospitalar, rede própria SES, Goiás, quadrimestres de 2010 a 2022 (Fonte: SIHSUS/CNES)

22. TAXA DE READMISSÃO HOSPITALAR (29 DIAS) (↓)

Tem a capacidade de medir a proporção de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Este indicador avalia a capacidade progressiva do prestador de serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. É um indicador clássico para avaliação da qualidade de atendimento e cuidado prestados ao paciente nos hospitais. Quanto menor for a reincidência de internação, isto é, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Não foi possível obter os dados necessários ao cálculo deste indicador em virtude de o agregador ARGOS ainda precisar de validação das áreas técnicas responsáveis pelas

unidades de saúde, próprias ou conveniadas, que realizam internações. O SIHSUS, como uma possível fonte de dados alternativa, não propicia condições em virtude de não prover acesso aos dados de identificação do paciente.

23. INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES (↓)

Mede o tempo médio, em dias, que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência, e contribui para o acompanhamento da produtividade hospitalar e para a medição de recursos desperdiçados com leitos vazios.

Da forma como está apresentado, o indicador refere-se a todas as unidades hospitalares da rede própria da SES/GO (quadro 01), que até a data de desenvolvimento deste relatório possuíam leitos cirúrgicos e clínicos, devidamente registrados no CNES, e que registraram, em algum dos anos da série, alguma internação hospitalar.

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas busca-se a diminuição. Na figura 26, observa-se que esta taxa variou de 2,41 dias em 2011 a 0,55 dia em 2017. A tendência verificada é de queda. Os valores das taxas verificadas no ano de 2020 devem ser objeto de um olhar mais acurado, dada a atipicidade do ano.

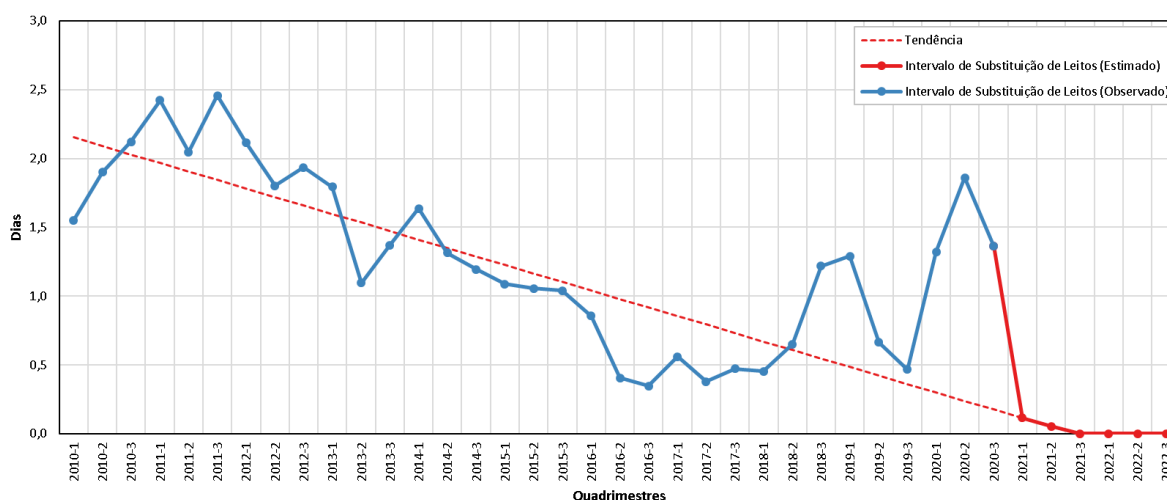


Figura 26 – Intervalo de substituição de leitos hospitalar, rede própria SES, Goiás, quadrimestres de 2010 a 2022 (Fonte: SIHSUS)

24. TAXA DE RECUSA DE LEITO HOSPITALAR (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA) (↓)

Refere-se ao percentual de vagas de internação (urgência/emergência) recusadas, leitos NÃO COVID e COVID, separadamente, em relação ao total de vagas solicitadas ao Complexo Regulador Estadual (CRE), via a organização social Instituto de Gestão por Resultados (IGPR). Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas espera-se a

diminuição. Os dados da regulação de leitos de urgência/emergência só estão disponíveis a partir de janeiro de 2019, com a implantação do Sistema Estadual de Regulação de Vagas Integradas à Rede (SERVIR), referem-se às unidades hospitalares reguladas pelo CRE/GO (quadros 02 e 03).

Item	Região de Saúde	Município	Hospital	Nº leitos (UTI e enfermaria)		
				UTI adulto	UTI Pediátrica	Enfermaria adulto
01	Central	Nerópolis	Sagrado Coração	22	-x-	-x-
02	Central	Trindade	HUTRIN	-x-	-x-	46
03	Est. Ferro	Caldas Novas	HMNSAP	05	-x-	-x-
04	Est. Ferro	Catalão	Nars Faiad	07	-x-	-x-
05	Est. Ferro	Catalão	ST. MIS	05	-x-	-x-
06	Est. Ferro	Catalão	São Nicolau	03	-x-	-x-
07	Pireneus	Anápolis	HUANA	22	-x-	74
08	Pireneus	Pirenópolis	HEELJ	-x-	-x-	34
09	S. Patrício I	Jaraguá	HEJA	-x-	-x-	39
10	S. Patrício I	Ceres	Domingos Mendes	04	-x-	-x-
11	Sudoeste I	Santa Helena	HURSO	10	10	74
12	Sudoeste II	Jataí	Hosp. Padre Tiago	07	-x-	-x-
Total				85	10	267

Quadro 02 – Relação de unidades hospitalares/número de leitos não COVID regulados pelo CRE, por município, Goiás 2019-2020 (Fonte: IGPR)

Item	Região de Saúde	Município	Hospital	Nº leitos (implantadas)			
				UTI adulto	UTI Pediátrica	Enfermaria adulto	Enfermaria Pediátrica
01	Central	Goiânia	CRER	20	-x-	36	-x-
02	Central	Goiânia	HCAMP	100	-x-	80	-x-
03	Central	Goiânia	HDT	10	-x-	-x-	-x-
04	Central	Goiânia	HGG	10	-x-	20	-x-
05	Central	Goiânia	HUGO	10	-x-	30	-x-
06	Central	Goiânia	HUGOL	16	11	30	14
07	Central	Nerópolis	Sagrado Coração	26	-x-	-x-	-x-
08	Central	Trindade	HUTRIN	10	-x-	21	-x-
09	Centro Sul	Senador Canedo	H. M. Sen. Canedo	11	-x-	20	-x-
10	Ent. Norte	Formosa	HCAMP	20	-x-	23	-x-
11	Ent. Sul	Luziânia	HCAMP	40	-x-	52	-x-
12	Est. Ferro	Catalão	Nars Faiad	05	-x-	-x-	-x-
13	Est. Ferro	Catalão	ST. MIS	08	-x-	-x-	-x-
14	Norte	Porangatu	HCAMP	15	-x-	17	-x-
15	Oeste I	Iporá	UPA Iporá	10	-x-	-x-	-x-
16	Oeste II	S.L.M. Belos	HCAMP	10	-x-	24	-x-
17	Oeste II	S.L.M. Belos	H. Vital	09	-x-	-x-	-x-
18	Pireneus	Anápolis	HUANA	21	-x-	18	-x-
19	Pireneus	Pirenópolis	HEELJ	-x-	-x-	14	-x-
20	R.Vermelho	Goiás	S. Pedro d'Alcântara	15	-x-	03	-x-
21	S.Patrício I	Ceres	H. Ortopédico de Ceres	12	-x-	06	-x-
22	S.Patrício II	Goianésia	UPA Walter Augusto Fernandes	06	-x-	14	-x-
23	S.Patrício II	Jaraguá	HEJA	10	-x-	10	-x-
24	Serra da Mesa	Uruaçu	HCAMP	68	-x-	118	-x-
25	Sudoeste I	Rio Verde	Hosp. Municipal	25	-x-	-x-	-x-
26	Sudoeste I	Rio Verde	HCAMP	-x-	-x-	50	-x-
27	Sudoeste I	Sta. Helena	HURSO	10	-x-	-x-	-x-
28	Sudoeste II	Jataí	H.C. Dr. Serafim	36	-x-	-x-	-x-
29	Sudoeste II	Mineiros	H.M. Dr. Evaristo	10	-x-	-x-	-x-
30	Sul	Itumbiara	H.M.M. de Carvalho	10	-x-	-x-	-x-
	Sul	Itumbiara	HCAMP	50	-x-	70	-x-
Total				603	11	693	14

Quadro 03 – Relação de unidades hospitalares/número de leitos COVID regulados pelo CRE, por município, Goiás 2020 (Fonte: IGPR)

Com os dados de recusa de internações de leitos não COVID, dos anos de 2019 e 2020, observa-se tanto uma elevação acentuada em 2019 quanto uma queda acentuada em 2020, fato que necessita ser analisado com maior detalhamento tendo em vista, a ausência de dados anteriores, e também a característica atípica do ano 2020 (figura 27). Na figura 28, com os dados de leitos COVID e somente de 2020, observa-se a queda desta taxa.

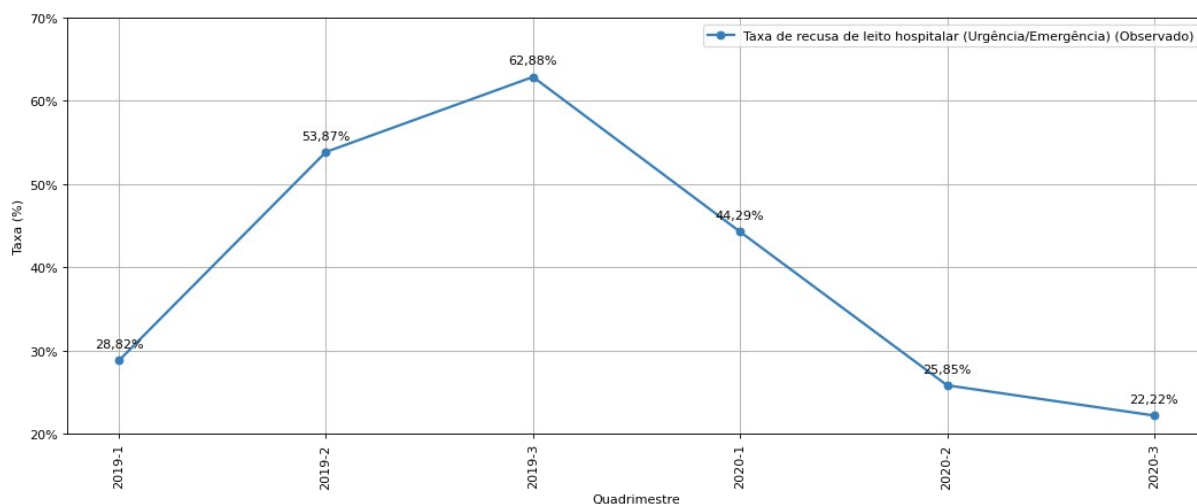


Figura 27 – Taxa de Recusa de leito hospitalar (Urgência/Emergência), leitos não COVID, Goiás, quadrimestres 2019 a 2020 (Fonte: SUPCRS/SES-GO)

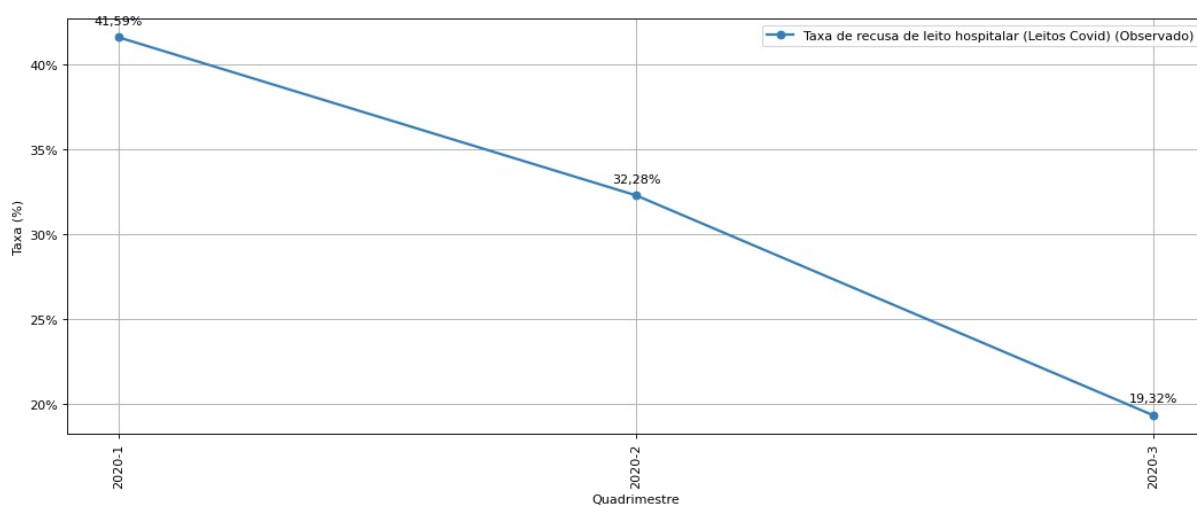


Figura 28 – Taxa de Recusa de leito hospitalar (Urgência/Emergência), leitos COVID, Goiás, quadrimestres 2019 a 2020 (Fonte: SUPCRS/SES-GO)

25. PERCENTUAL DE AUTOSSUFICIÊNCIA EM INTERNAÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE – FLUXO DE ACESSO (↑)

Mede quanto um Estado, ou qualquer outro nível geográfico, consegue resolver seus próprios problemas de saúde no que tange às internações de alta complexidade, por meio da proporção de internações de alta complexidade de residentes, realizadas no mesmo espaço geográfico de residência, no período considerado (Figura 29). O indicador não mede

o acesso aos serviços de saúde de alta complexidade, apenas o seu uso e não observa a demanda reprimida ou falta de acesso às internações de alta complexidade no espaço geográfico analisado.



Figura 29 – Definição esquemática de fluxo de acesso (Fonte: VELASCO, 2014)

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas espera-se aumento. Na figura 30 observa-se que, levando-se em conta o Estado como um todo, Goiás apresentou uma autossuficiência variando de 89,90% em 2014-3 a 86,18% em 2019-2, com discreta tendência de queda.

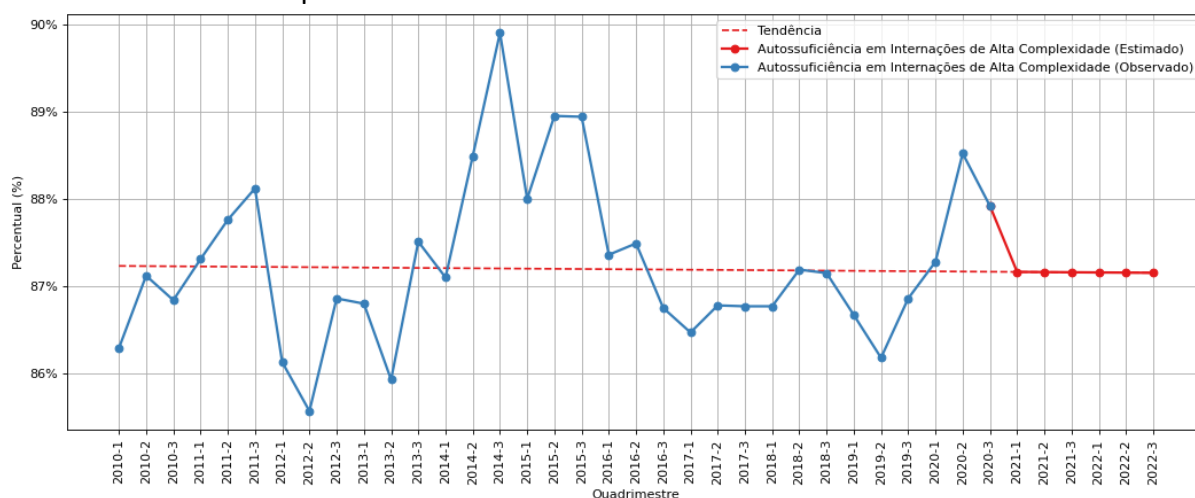


Figura 30 – Percentual de autossuficiência em internações de alta complexidade – fluxo de acesso, Goiás, quadrimestres de 2014 a 2022 (Fonte: SIHSUS)

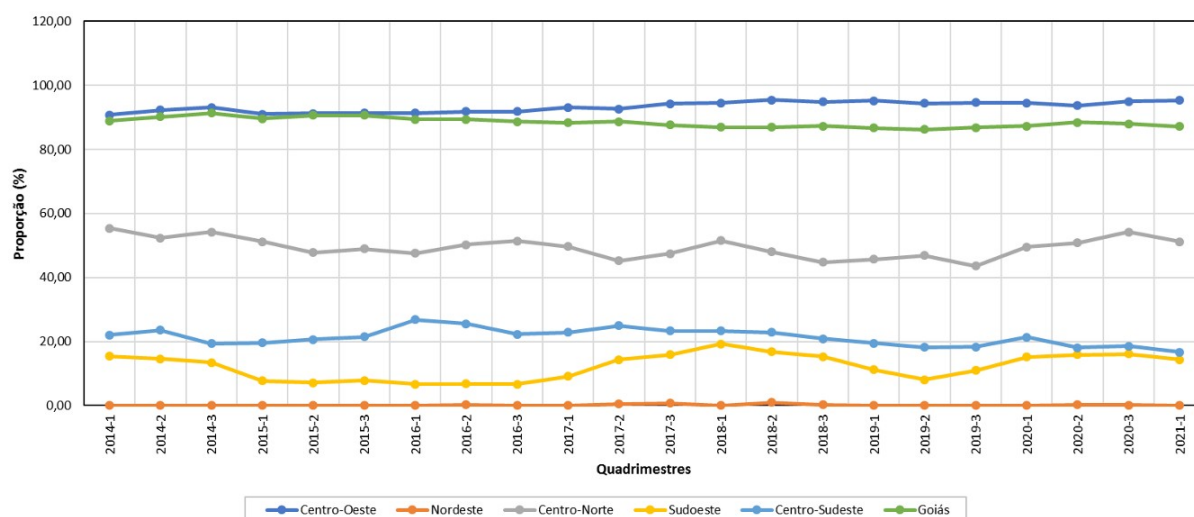


Figura 31 – Percentual de autossuficiência em internações de alta complexidade – fluxo de acesso, Goiás, por macrorregiões, quadrimestres de 2014 a 2021
Fonte: SIHSUS

Analisando-se por macrorregião (Figura 31), a situação apresenta-se de forma contrastante, mostrando que uma macrorregião (Centro-Oeste) atinge o patamar próximo de 90% enquanto as demais ficam abaixo de 60%. Sendo que a macrorregião Nordeste se encontra muito próxima de zero, ou seja, sem serviços de alta complexidade.

26. PERCENTUAL DE AUTOSSUFICIÊNCIA EM INTERNAÇÕES DE MÉDIA COMPLEXIDADE – FLUXO DE ACESSO (↑)

Mede quanto um Estado, ou qualquer outro nível geográfico, consegue resolver seus próprios problemas de saúde no que tange às internações de média complexidade; através da proporção de internações de média complexidade de residentes, realizadas no mesmo espaço geográfico de residência, no período considerado. O indicador não mede o acesso aos serviços de saúde de média complexidade, apenas o seu uso e não observa a demanda reprimida ou falta de acesso às internações de média complexidade.

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas espera-se aumento. Na figura 32 observa-se que, levando-se em conta o Estado como um todo, Goiás apresentou uma autossuficiência variando de 92,92% em 2010-1 a 88,84% em 2019-3, com uma tendência de queda. Este resultado deve ser visto com ressalva tendo em vista os resultados isolados das macrorregiões e regiões de saúde (Figuras 33 a 38).

Analisando-se por macrorregião de saúde (Figura 33), por quadrimestre, o melhor resultado deste indicador foi apresentado pela Centro Oeste, enquanto o pior resultado foi apresentado pela Centro Sudeste. As regiões que apresentaram os melhores resultados em suas respectivas macrorregiões para o mesmo período foram: Central, Nordeste II, Pireneus, Sudoeste I e Sul (Figuras 34 a 38).

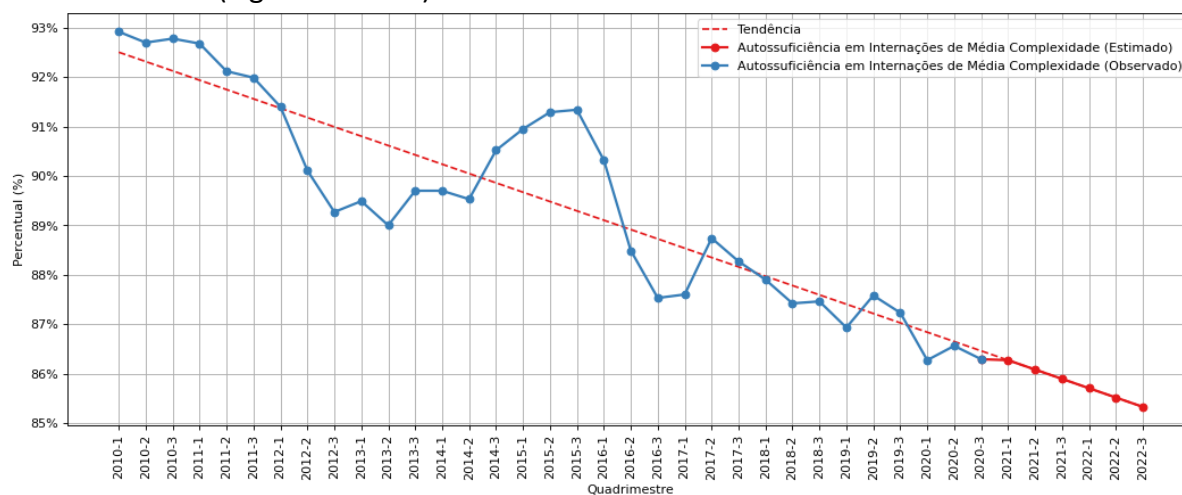


Figura 32 – Percentual de autossuficiência em internações de média complexidade – fluxos de acesso, Goiás, quadrimestres de 2010 a 2022 (Fonte: SIHSUS)

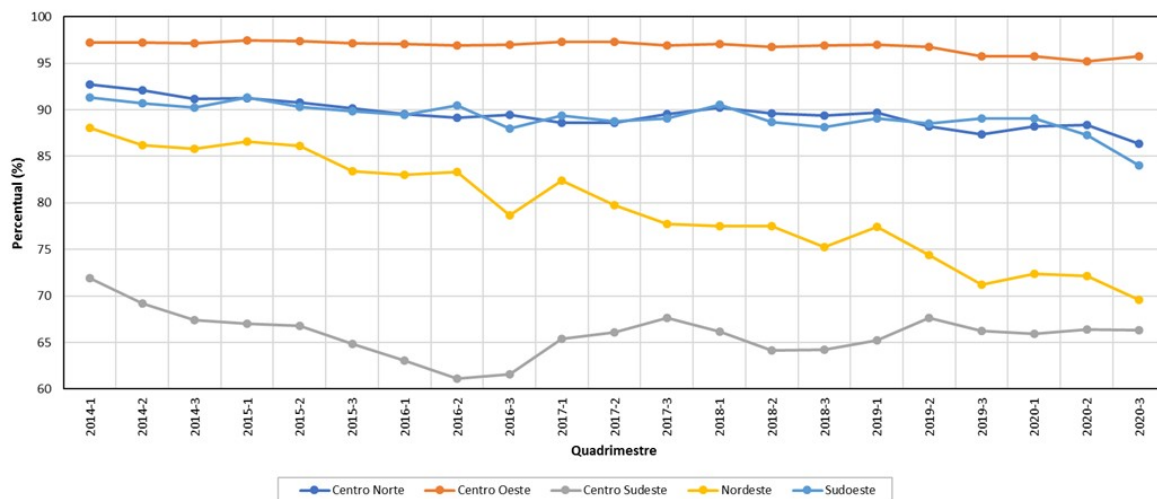


Figura 33 – Percentual de autossuficiência em internações de média complexidade – fluxos de acesso, Goiás, por macrorregiões, quadrimestres de 2014 a 2021 (Fonte: SIHSUS)

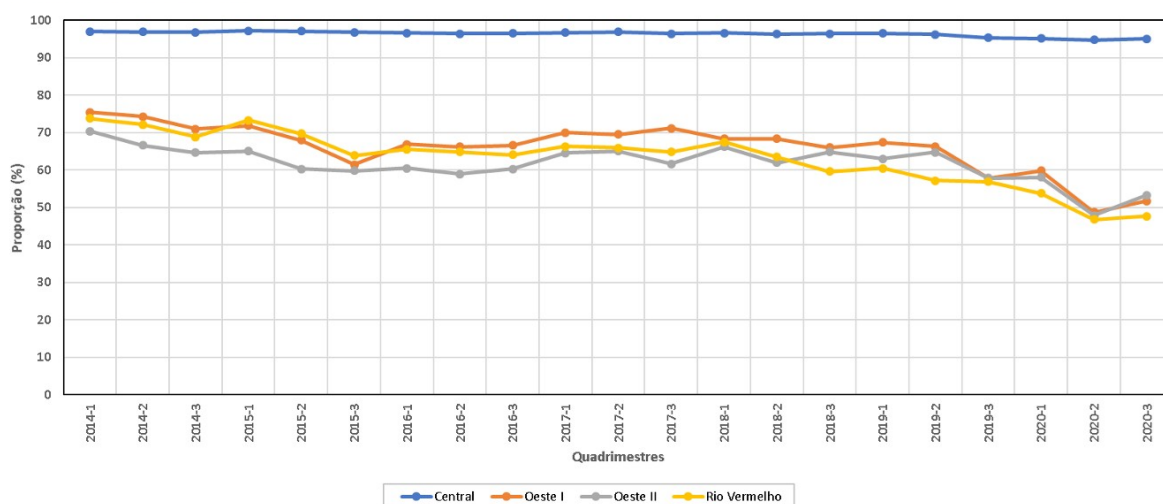


Figura 34 – Percentual de autossuficiência em internações de média complexidade – fluxos de acesso, Goiás, macrorregião Centro Oeste, quadrimestres de 2014 a 2020 (Fonte: SIHSUS)

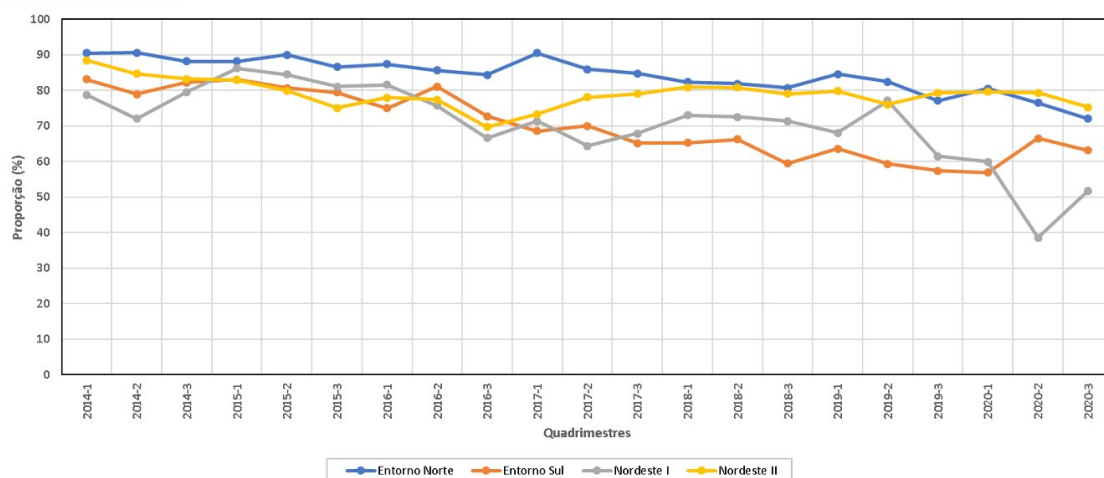


Figura 35 – Percentual de autossuficiência em internações de média complexidade – fluxos de acesso, Goiás, macrorregião Nordeste, quadrimestres de 2014 a 2020 (Fonte: SIHSUS)

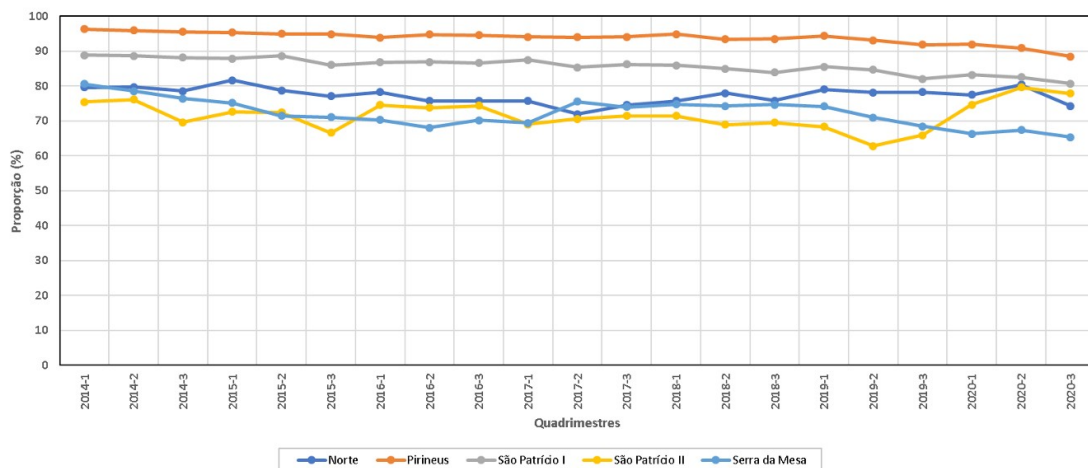


Figura 36 – Percentual de autossuficiência em internações de média complexidade – fluxos de acesso, Goiás, macrorregião Centro Norte, quadrimestres de 2014 a 2020 (Fonte: SIHSUS)

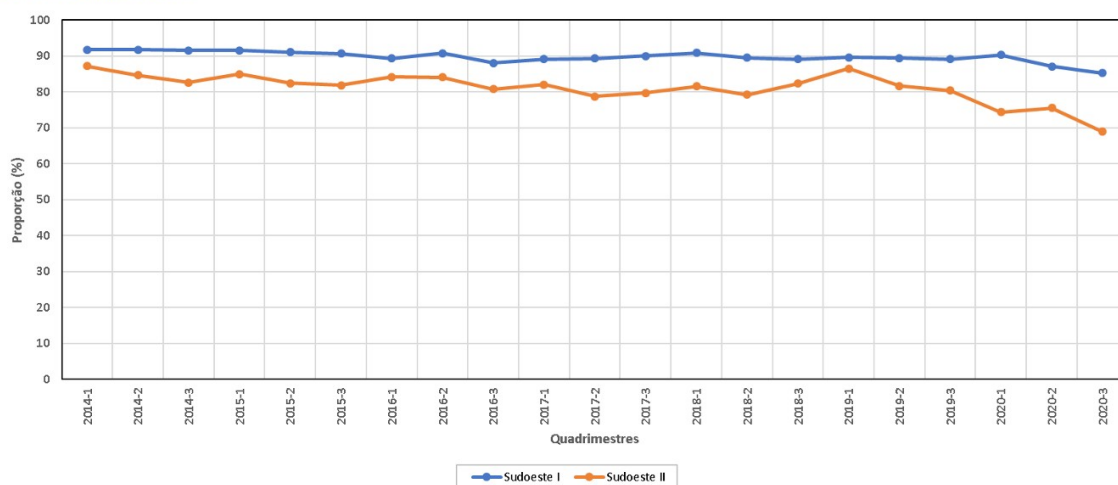


Figura 37 – Percentual de autossuficiência em internações de média complexidade – fluxos de acesso, Goiás, macrorregião Sudoeste, quadrimestres de 2014 a 2020 (Fonte: SIHSUS)

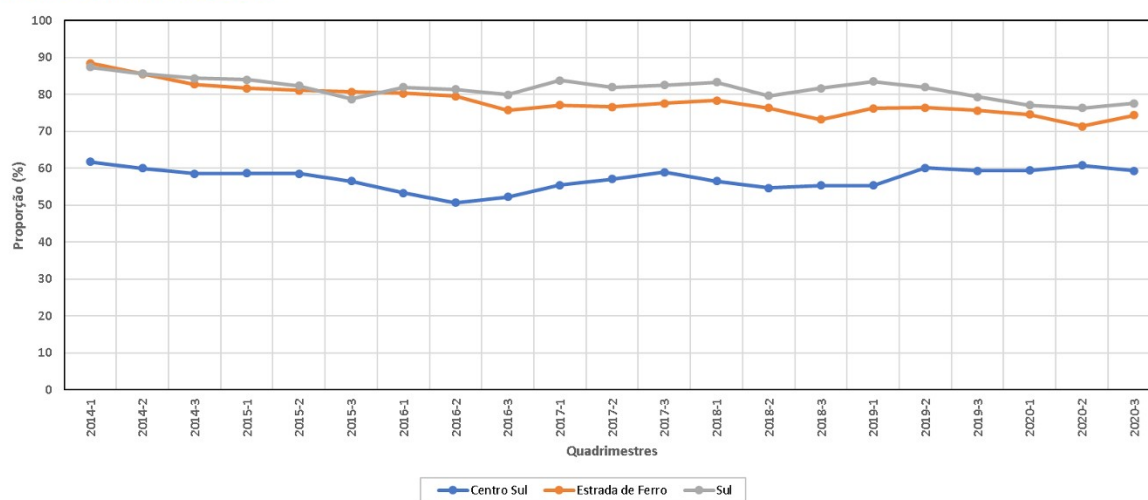


Figura 38 – Percentual de autossuficiência em internações de média complexidade – fluxos de acesso, Goiás, macrorregião Sudeste, quadrimestres de 2014 a 2020 (Fonte: SIHSUS)

27. ÍNDICE DE RETORNO MÉDICO (↓)

O índice de retorno médico denota a relação entre o total de consultas subsequentes e a somatória do total de primeiras consultas e interconsultas realizadas em uma unidade de saúde. Este indicador mede, de forma indireta, a resolubilidade da unidade, monitorando a relação 'primeira consulta-consulta subsequente' desejada para um determinado modelo de atendimento. Seu cálculo se dá pela divisão entre o total de consultas subsequentes com o somatório entre o total de primeiras consultas e o total de interconsultas.

Não foi possível obter os dados necessários ao cálculo deste indicador em virtude do Sistema de Informação que os congrega, o ARGOS, ainda estar em processo de homologação.

28. PERCENTUAL DE ABSENTEÍSMO (↓)

O percentual de absenteísmo, aqui utilizado, leva em conta o serviço ambulatorial e representa o ato de o usuário não comparecer às consultas e/ou aos procedimentos agendados sem qualquer comunicação prévia ao local de realização. É um importante marcador, pois, considera-se um problema na assistência à saúde tanto no setor público como no privado.

Em geral, o absenteísmo é considerado um fenômeno multicausal, estando associado a: esquecimento, falhas na comunicação entre o serviço e o usuário, melhora dos sintomas de adoecimento, agendamento em horário de trabalho, falta de transporte e dia da semana agendado.

Repercute em todos os envolvidos (gestão, trabalhador e usuário), entre as consequências, destacam-se: o aumento da fila de espera e de demandas por urgência, o desperdício de recursos públicos, a redução da produtividade e perda da eficiência da clínica e da gestão. Tais consequências comprometem o acesso, acarreta aumento dos custos com a assistência à saúde, gera custos sociais, estimula atitudes negativas no profissional e acarreta atraso no diagnóstico e tratamento adequado (BELTRAME, et al.,2020). No SUS, o absenteísmo revela-se um problema crônico, com taxas próximas ou superiores a 25%, atingindo percentuais altos em diversos tipos de atendimento e especialidades médicas (BELTRAME, et al.,2020).

Com dados da regulação ambulatorial de 2020, nas unidades de saúde elencadas no quadro 04, reguladas pelo Estado, o percentual de absenteísmo foi de 22,56% (Tabela 03). Vale destacar que este indicador não está desagregado pelo tipo de causa que levou a pessoa a não comparecer no ambulatório, portanto, trata-se de um percentual de absenteísmo geral.

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas espera-se diminuição. Nas unidades reguladas pelo CRE observou-se um percentual próximo das médias do SUS apresentada por Beltrame, et al. (2020).

Item	Município	Unidade
01	Goiás	Hospital e Caridade São Pedro d'Alcantâra
02	Trindade	Hospital de Urgências de Trindade – HUTRIN
03	Anápolis	Hospital de Urgências de Anápolis – Dr. Henrique Santillo – HUANA
04	Jaraguá	Hospital Estadual de Jaraguá – HEJA
05	Pirenópolis	Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime – HEELJ
06	Jataí	Hospital Padre Tiago na Providência de Deus
07	Trindade	CER – Vila São José Bento Cottolengo
08	Águas Lindas	Instituto de Olhos de Águas Lindas
09	Posse	Policlínica Regional – Unidade Posse

Quadro 04 – Unidades de saúde reguladas para consultas e procedimentos ambulatoriais pelo CRE, Goiás, 2020 (Fonte: SCRS/GERAM/SES-GO)

Tabela 03 – Percentual de absenteísmo das Unidades de Saúde Reguladas para consultas e procedimentos ambulatoriais pelo CRE, Goiás, 2020.

ATENDIMENTOS	FALTAS	AGENDADO	Percentual (%) Absenteísmo
Consultas	18.961	53.879	35,19
Procedimentos	8.157	66.338	12,30
Total	27.118	120.217	22,56

Fonte: SUPCRS/GERAM/SES-GO

29. PERCENTUAL DE RECUSA FAMILIAR NAS ENTREVISTAS PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS (↓)

As famílias dos doadores elegíveis são abordadas para consentimento da doação de órgãos e tecidos após a conclusão da morte encefálica conforme legislação vigente. São considerados doadores elegíveis, todos aqueles com diagnóstico de morte encefálica e sem contraindicações conhecidas previamente para doação (CFM, 2017 e BRASIL, 2017). O indicador apresenta a proporção de famílias que recusam a doação de órgãos quando entrevistadas após o diagnóstico de morte encefálica.

Este indicador não está contemplado no PES/SES-GO 2020-2023, mas espera-se diminuição. A Gerência de Transplantes/GO busca alcançar a média nacional deste indicador que varia entre 40% e 42%. Na figura 39 observa-se que, Goiás apresentou uma variação de 74,14% em 2016-3 a 52,87% em 2018-3, com uma tendência de aumento.

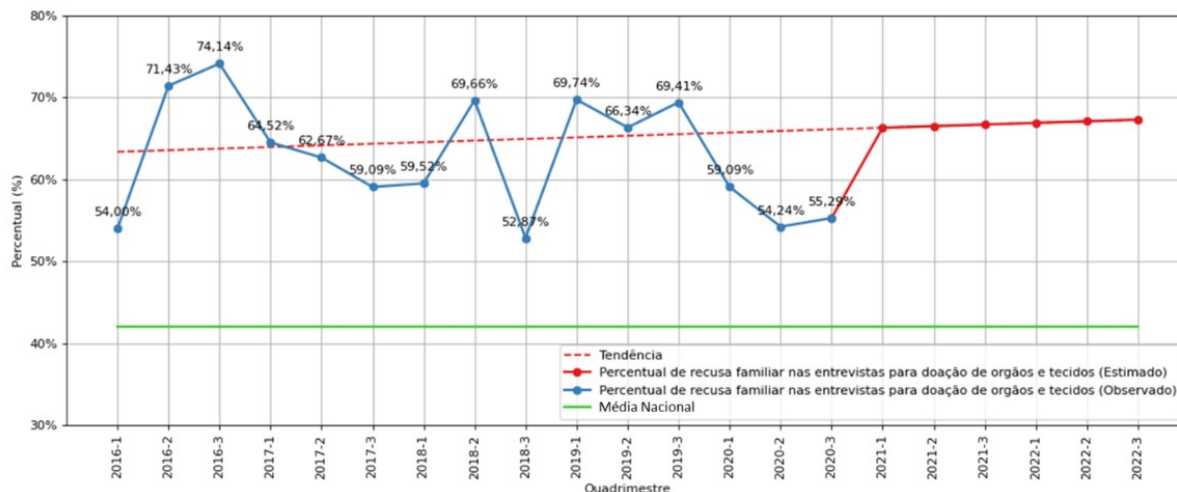


Figura 39 – Percentual de recusa familiar nas entrevistas para doação de órgãos e tecidos, Goiás, por quadrimestre, 2016 a 2022 (Fonte: GERTRAN/SES-GO)

30. JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE

30.1. VALOR EM REAIS DOS PROCESSOS EM JUDICIALIZAÇÃO (↓)

Em relação aos valores gastos com processos judiciais, do ano 2014 (R\$ 37.771.560,04) até 2020 (R\$ 119.159.025,92) observa-se uma tendência de subida sendo que a variação deste período foi de 215,47% (R\$ 81.387.465,88), conforme figura 40.

Vale ressaltar que foi detectada uma necessidade de averiguação dos filtros no Painel de Judicialização da SES-GO, no que se refere ao número de processos pois não deixa claro a metodologia utilizada para o cômputo dos processos de atendimento continuado, ou seja, atendimento por dois ou mais meses.

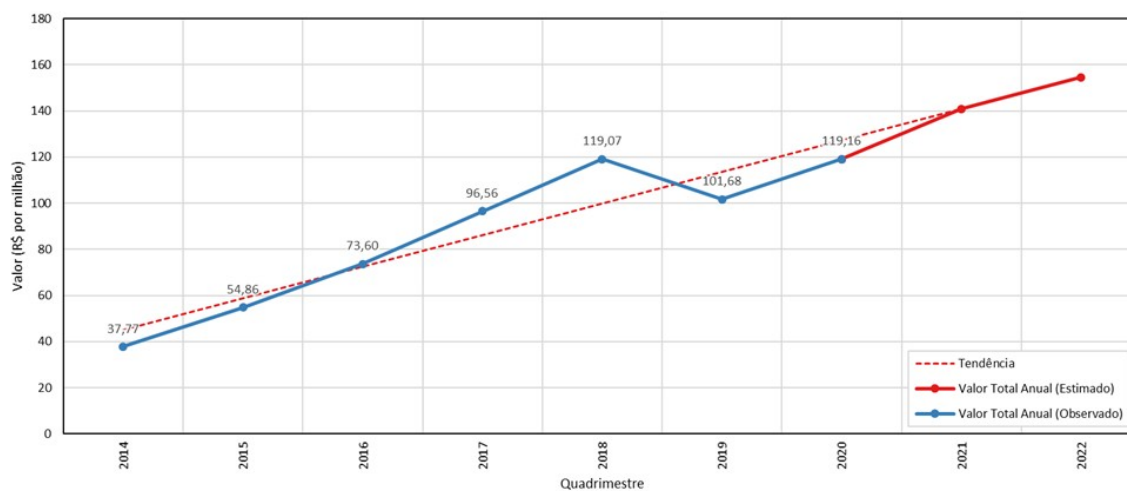


Figura 40 – Valor anual gasto em processos judiciais (R\$ milhões), Goiás, de 2014 a 2022
Fonte: Painel de Judicialização (SES-GO)

Dentre os dez (10) medicamentos mais prescritos em processos judiciais, já padronizados no SUS (figura 41), chama atenção três deles, cujos custos unitários são inferiores a R\$12,00 (Tabela 04).

A distribuição percentual dos medicamentos não padronizados está apresentada nas figuras 42 e 43.

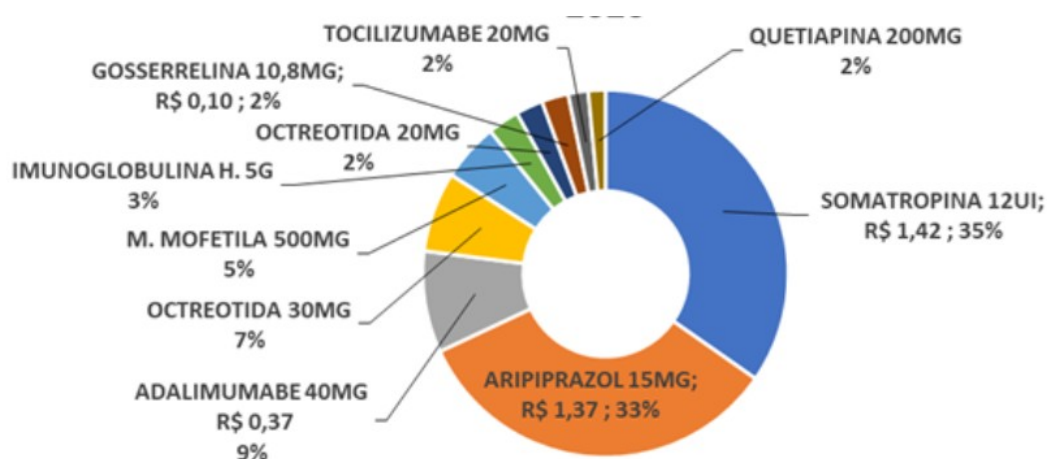


Figura 41 – Distribuição percentual, por valor (R\$), dos 10 medicamentos já padronizados no SUS, mais prescritos em processos judiciais, Goiás, 2020 (Fonte: Painel de Judicialização /SES-GO)

Tabela 04 – Os 10 medicamentos padronizados no SUS com maiores valores de prescrição judicial

#	Top 10 Medicamentos mais prescritos SDME	Valor (R\$)	Quantidade	Valor / Unid. (R\$)
1	SOMATROPINA 12 UI INJ F/A	1.422.758,00	10.774	132,05
2	ARIPIPIRAZOL 15 MG COMP	1.369.703,47	115.699	11,84
3	ADALIMUMABE 40 MG SER PREENCHIDA	366.679,52	327	1.121,34
4	OCTREOTIDA LAR 30 MG INJ F/A	289.209,51	74	3.908,24
5	MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP	210.091,33	181.629	1,16
6	IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INJ FR	114.374,44	179	638,96
7	OCTREOTIDA LAR 20 MG INJ F/A	98.233,13	31	3.168,81
8	GOSSERRELINA 10,8 MG INJ SER	97.501,62	110	886,38
9	TOCILIZUMABE 20 MG/ML INJ F/A DE 4 ML	72.454,76	317	228,56
10	QUETIAPINA 200 MG COMP	62.199,42	14.220	4,37

Fonte: Painel de Judicialização (SES-GO).

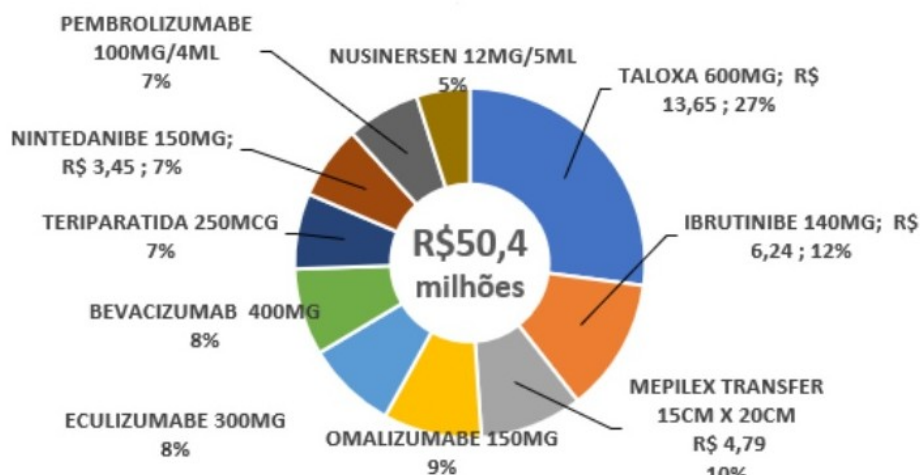


Figura 42 – Distribuição percentual, por valor (R\$), dos 10 medicamentos não padronizados no SUS, mais prescritos em processos judiciais, Goiás, 2020 (Fonte: Painel de Judicialização/SES-GO)

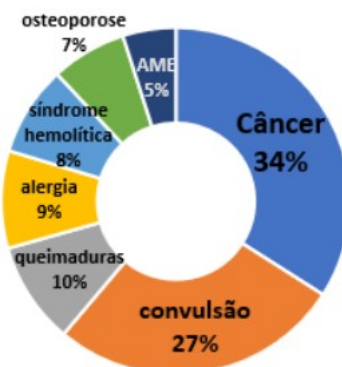


Figura 43 – Distribuição percentual, por patologia, Goiás, 2020 (Fonte: Painel de Judicialização/SES-GO)

30.2. PRESCRITOR COM FREQUÊNCIA ACIMA DA MÉDIA EM PROCESSOS DE JUDICIALIZAÇÃO

No Painel de Judicialização da SES-GO observa-se que há uma tendência à existência de prescritores com frequência acima da média, tanto para medicamentos já incluídos no elenco disponível do SUS (SDME), quanto para medicamentos não incluídos (SCMS). Estatisticamente, o painel calcula o desvio padrão da média da quantidade de prescrições para cada medicamento. O Limite máximo é aplicado para localizar aqueles prescritores que se encontram mais distantes (acima de 2 vezes o desvio padrão) em relação à quantidade média de prescrições.

31. REFERÊNCIAS

1. BELTRAME MS. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. Epub. 2020.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 510 de 30 de setembro de 2005.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto no 9.175 de 18 de outubro de 2017.
5. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Pactuação Interfederativa 2017-2021. 2016
6. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução no 2.173 de 23 de novembro de 2017.
7. CQH. 3º Caderno de Indicadores CQH. Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar. São Paulo. 2009.
8. GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Estadual de Saúde 2020-2023.
9. MALTA DC et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol Serv Saúde 2007; 16(4):233-244.
10. MALTA DC et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis (5 a 74 anos de idade) por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 20, n. 3, p. 409-412 set. 2011.
11. RUTSTEIN DD, et al. Measuring quality of medical-care – clinical method. N Engl J Med 1976; 294(11):582-588
12. VELASCO WD. Regionalização em Goiás e o acesso a serviços de média complexidade: Um estudo avaliativo do uso da mamografia. 2014. 139 f. Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

ANEXO 01 – FICHAS DE QUALIFICAÇÃO

Para cada indicador trabalhado, deverão ser observadas as seguintes considerações:

- **Linha de base** = último resultado apurado do indicador, valor mais recente.
- **Ano da linha de base** = ano do valor mais recente do resultado apurado.
- **Fórmula** = fórmula de cálculo do indicador. Exemplo: Taxa de Mortalidade Infantil: *(Nº de óbitos de residentes com menos de um ano de idade / nº total de nascidos vivos de mães residentes) x 1.000*.
- **Fonte da informação** = local de obtenção dos dados (sistema de informação, área técnica e/ou outras).
- **Meta** = meta definida para o ano ou período em questão, levando em consideração a linha de base, a série história do indicador (observar pelo menos os últimos 5 anos) e as ações propostas nos instrumentos de planejamento existentes).
- **Delimitações a serem consideradas e informadas** =
 - tempo (ano, quadrimestre...);
 - espaço (área adscrita a uma equipe de Saúde da Família, município, região...);
 - informações relativas ao período dos dados fechados e ao período dos dados preliminares;
 - se os dados são apenas notificados ou já confirmados;
 - se a fórmula de cálculo muda conforme a dimensão populacional utilizada (exemplo: nos indicadores Taxa de Mortalidade Infantil e Taxa Bruta de Mortalidade Prematura pelo Conjunto das 04 Principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis utiliza-se número absoluto para municípios menores de 100 mil habitantes e taxa para municípios maiores ou igual a 100.000 habitantes).
- **Ações previstas nos instrumentos de planejamento para o alcance da meta** = para o monitoramento/avaliação faz-se necessário analisar, além do alcance ou não da meta, se as ações previstas na Programação Anual de Saúde (PAS) contribuíram para o alcance do resultado.

1. COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A – Resumo

Percentual da população coberta com equipes de atenção primária, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Indicador com possibilidade de demonstrar a centralidade da atenção primária no SUS, a ordenação do cuidado nos sistemas locais de saúde, a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.

C – Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da distribuição de profissionais de saúde da atenção primária, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde para a tomada de decisão em relação à alocação de recursos humanos da atenção primária à saúde em todo o país, em especial para os locais que apresentam cobertura abaixo do padrão desejável.

D – Limitações

- Mensura a quantidade de profissionais e não o trabalho efetivamente realizado por eles.
- Constitui-se como meio de aferir a oferta potencial de ações e serviços na atenção primária, e não o acesso efetivamente proporcionado.
- Sendo valores médios mensais, o resultado encontrado pode não representar a situação mais comumente verificada no município ao longo do ano ou no mês mais recente. O valor médio mensal pode ser facilmente afetado por resultados de apenas alguns meses do ano, não permitindo a visualização de situações muito abaixo ou muito acima do esperado em alguns períodos.

E – Fórmula

$$\{(n^{\circ} eSF \times 3.450) + [(n^{\circ} eAB \text{ param.} + n^{\circ} eSF \text{ equivalentes}) \times 3.000] / \text{Estimativa populacional}\} \times 100$$

F – Fonte

- <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=tOhZDb95s-do8DeWqNNyKg7P>
- https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB_adaptada.pdf

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Fichas detalhadas dos indicadores. Acesso em 20/07/2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS). e-Gestor AB: Informação e Gestão da Atenção Básica. 2021. Acesso em 20/07/2021.
- COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução nº 08, de 24 de novembro de 2016. Acesso em 20/07/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Acesso em 20/07/2021.
- PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021: Fichas de Indicadores. Acesso em 20/07/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.
- Indicador constante na Pactuação Interfederativa/SISPACTO sem que integre meta ou parâmetro nacional.

2. PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE ATINGIRAM COBERTURA VACINAL \geq 95% EM CADA VACINA QUE COMPÕEM O INDICADOR DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PQA-VS)

A – Resumo

Percentual de municípios com as vacinas selecionadas (Pentavalente 3ª dose; pneumocócica 10-valente 2ª dose; poliomielite 3ª dose; tríplice viral 1ª dose) que alcançaram a cobertura vacinal preconizada, na população residente de um determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- 100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de 95% de crianças menores de 1 ano de idade – Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) - e para crianças de 1 ano de idade – tríplice viral (1ª dose).
- Estima o nível de proteção da população menor de 02 anos, evitáveis por imunização, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação.

C – Usos

- Analisar variações geográficas e temporais no percentual de crianças menores de 02 anos vacinadas com cada tipo de imunizante recomendado.
- Identificar situações de insuficiência que possam indicar necessidade de estudos especiais e medidas de intervenção.
- Contribuir para a avaliação operacional e de impacto de programas de imunização, bem como para o delineamento de estratégias de vacinação.
- Avaliar a homogeneidade de coberturas vacinais;
- Subsidiar processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas relativas à atenção à saúde da criança e ao controle de doenças evitáveis por imunização.

D – Limitações

- Valores médios elevados podem encobrir bolsões de baixa cobertura em determinados grupos populacionais, comprometendo o controle das doenças.
- Imprecisões do registro de doses de vacina aplicadas, principalmente durante a realização de campanhas de vacinação.
- A demanda da população não residente aos postos de vacinação, principalmente em campanhas, dificulta a avaliação da cobertura vacinal.
- Imprecisões da base de dados demográficos utilizada para estimar o número de crianças, especialmente em anos intercensitários.

E – Fórmula

(Número de municípios com vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada / Número total de municípios) X 100

F – Fonte

- Numerador: Sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI). <http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf>
- Denominador: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). <https://datasus.saude.gov.br/nascidos-vivos-desde-1994>

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1520, de 30 de maio de 2018. Acesso em 20/07/2021.
- BRASIL. Fichas de Qualificação da RIPS. Acesso em 20/07/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Acesso em 20/07/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Mapa da Saúde de Goiás. Acesso em 20/07/2021.

H – Parâmetro/Meta

- PES/SES-GO 2020-2023 – Meta 1.2.4 da diretriz 1: “Percentual de municípios que atingiram cobertura vacinal \geq 95% em cada vacina que compõem o indicador do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)”, com linha de base de 28% em 2018, sendo 31% para 2020; 32% para 2021; 33% para 2022 e 34% para 2023.

3. PROPORÇÃO DE USUÁRIOS CADASTRADOS NO E-SUS

A – Resumo

Percentual de pessoas residentes, portadoras de Cartão Nacional de Saúde/CNS, com cadastro no e-SUS em relação ao total de pessoas residentes, num determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Expressa o percentual entre o número de usuários residentes cadastrados no e-SUS e o total de residentes.

C – Usos

- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações preventivas e assistenciais.
- Contribuir para a análise das condições de saúde da população e para a avaliação das ações das equipes para a promoção da saúde, prevenção e controle das doenças, sendo o primeiro passo a programação e organização dos processos de trabalho.
- Subsidiar políticas de aquisição de medicamentos e necessidade de profissionais e serviços especializados.

D – Limitações

- Número elevado de pessoas cadastradas sem Cartão SUS.
- Ausência do nome do usuário no banco de dados do sistema no que tange às fichas.
- Campo único para informação do nº do cartão SUS ou CPF, dificultando o cruzamento de dados.

E – Fórmula

$(\text{N}^\circ \text{ de pessoas residentes com CNS e com ficha cadastral no e-SUS} / \text{N}^\circ \text{ total de pessoas residentes}) \times 100$

F – Fonte

- e-SUS

G – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.

4. NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO (PAPANICOLAU) EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS

A – Resumo

Número de exames citopatológicos do colo do útero, realizados em mulheres residentes de 25 a 64 anos e registrados no SIASUS, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Expressa a quantidade de exames citopatológicos do colo de útero realizados em mulheres de 25-64 anos sobre o total de mulheres na mesma faixa etária.
- Recomendação de 01 exame a cada três anos.

C – Usos

- Contribuir na avaliação da oferta de exames preventivos para câncer do colo do útero na população feminina. Trata-se de um *proxy* da cobertura dos exames.
- Subsidiar o acompanhamento da ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde.
- Analisar variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para o câncer do colo de útero da população feminina de 25-64 anos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico.
- Identificar situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

D – Limitações

- Refere-se apenas à população que realiza o exame citopatológico no SUS. Por ser elaborado para um terço da população alvo, a avaliação de seu resultado é dependente da adesão à periodicidade trienal.
- Considera o número de exames e não o de mulheres examinadas.

E – Fórmula

Nº absoluto de exames citopatológicos do colo de útero realizados em mulheres residentes da faixa etária de 25-64 anos

(Códigos SIASUS: 0203010019 e 0203010086)

F – Fonte

- Sistema de Informações Ambulatoriais – SIASUS
- DATASUS (IBGE)

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Fichas detalhadas dos indicadores. Acesso em 20/07/2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ficha Técnica de Indicadores das Ações de Controle do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro, 2014. Acesso em 20/07/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Mapa da Saúde de Goiás. Acesso em 20/07/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Acesso em 20/07/2021.
- PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021: Fichas de Indicadores. Acesso em 20/07/2021.

H – Parâmetro/Meta

- PES/SES-GO 2020-2023 – Meta 1.3.6 da diretriz 1: “Razão de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos”, com linha de base de 0,3 em 2019, sendo 0,5 para 2020; 0,5 para 2021; 0,5 para 2022 e 0,5 para 2023.
- Indicador constante na Pactuação Interfederativa/SISPACTO com valores da série histórica nacional, mas sem que integre meta ou parâmetro.

5. NÚMERO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO EM MULHERES 50 A 69 ANOS

A – Resumo

Número de exames de mamografia de rastreamento realizadas em mulheres residentes de 50-69 anos, registradas no SIASUS, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Expressa a quantidade de exames de mamografias de rastreamento em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade.
- Recomendação de 01 exame a cada dois anos.

C – Usos

- Possibilita avaliar o acesso à mamografia de rastreamento entre as mulheres de 50 a 69 anos. É utilizado como *proxy* da cobertura.
- Analisar variações geográficas e temporais no acesso aos exames de mamografia de rastreamento na população feminina de 50-69 anos.
- Identificar situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

D – Limitações

- Este indicador se refere a exames realizados e não mulheres examinadas, podendo contabilizar mais de uma vez a mesma mulher que tenha realizado mais de um exame no período de dois anos.
- Alguns cuidados devem ser observados na análise, pois uma razão elevada de mamografias para a população alvo não significa necessariamente boa cobertura, mas a capacidade da rede de ofertar o exame.
- Para análise do resultado do indicador, seria interessante obter informações sobre a periodicidade de realização do exame e/ou a cobertura da saúde suplementar. Assim, seria possível avaliar se parte significativa das mulheres repete o exame fora da periodicidade recomendada e se parcela representativa dos exames em uma determinada localidade são feitos pelo sistema privado de saúde. Estas informações complementares auxiliariam a compreender o significado do resultado obtido.

E – Fórmula

Nº absoluto de exames de mamografias de rastreamento em mulheres residentes de 50 a 69 anos de idade
(Código SIASUS: 0204030188)

F – Fonte

- Sistema de Informações Ambulatoriais - SIASUS
- DATASUS (IBGE)

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ficha Técnica de Indicadores Relativos às Ações de Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro, 2014. Acesso em 21/07/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Mapa da Saúde de Goiás. Acesso em 21/07/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Acesso em 21/07/2021.
- PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021: Fichas de Indicadores. Acesso em 21/07/2021.

H – Parâmetro/Meta

- PES/SES-GO 2020-2023 – Meta 1.3.7 da diretriz 1: “Razão de exames de rastreamento de câncer de mama na faixa etária de 50 a 69 anos”, com linha de base de 0,2 em 2019, sendo 0,5 para 2020; 0,5 para 2021; 0,5 para 2022 e 0,5 para 2023.
- Indicador constante na Pactuação Interfederativa/SISPACTO com valores da série histórica nacional, mas sem que integre meta ou parâmetro.

6. COBERTURA DE PRÉ-NATAL COM 07 (SETE) OU MAIS CONSULTAS

A – Resumo

Percentual de mulheres com filhos nascidos vivos com 07 (sete) ou mais consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Mede a realização de consultas de pré-natal através das informações fornecidas pelas mulheres durante a assistência ao parto.
- Sofre influência conforme a situação socioeconômica da pessoa, pela infraestrutura de prestação dos serviços e pelas políticas públicas adotadas.
- Por ter origem no SINASC, este indicador reflete informação referente a todos os nascidos vivos, não estando restrito àqueles que fizeram o pré-natal através do SUS.
- Exclui as ocorrências sem informação sobre o número de consultas realizadas

C – Usos

- Contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores como mortalidade materna e infantil.
- Analisar variações geográficas e temporais na cobertura de pré-natal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, parto e saúde da criança.

D – Limitações

- Impossibilidade de efetuar comparações com o padrão mínimo de seis consultas de pré-natal estabelecido pelo Ministério da Saúde, em função do agrupamento do número de consultas no formulário de Declaração de Nascido Vivo.
- Há possibilidade de equívoco da gestante ao informar o número de consultas.
- Desconsidera, por restrição da fonte de dados, as consultas de pré-natal relativas a gestações que deram origem a natimortos e abortos.
- A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de mulheres.
- A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos.
- Há possibilidade de nascidos vivos com óbito logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos.
- Falhas na alimentação da informação no SINASC podem interferir nos resultados e exigem cautela na interpretação.

E – Fórmula

$(N^{\circ} \text{ de nascidos vivos de mulheres residentes, com 07 ou mais consultas de pré-natal} / N^{\circ} \text{ total de nascidos vivos de mulheres residentes}) \times 100$

F – Fonte

- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 03, de 03 de outubro de 2017. Acesso em 21/07/2021.
- BRASIL. Fichas de Qualificação da RIPS. Acesso em 21/07/2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Fichas detalhadas dos indicadores. Acesso em 21/07/2021.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica: Indicadores universais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores – 2013-2015. Acesso em 21/07/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Mapa da Saúde de Goiás. Acesso em 21/07/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.
- IDSUS: Indicador nº 03 - Parâmetro “90% das mães com sete ou mais consultas de pré-natal”.

7. PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA (10-19 ANOS)

A – Resumo

Percentual de nascidos vivos de mães residentes na faixa etária de 10-19 anos, na população feminina residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Indica a proporção de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10-19 anos em relação ao total de nascidos vivos de mães em todas as faixas etárias.
- A idade materna pode estar associada a condições de risco para o recém-nascido, tais como a prematuridade e o baixo peso ao nascer, que tendem a ser mais frequentes nos nascidos de mães nos dois extremos da distribuição etária.

C – Usos

- Monitorar a tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos.
- Oferecer subsídios sobre a frequência da gravidez precoce, que pode ser analisada em relação às condições sociais e econômicas da população.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde infantil e dos fatores socioeconômicos e culturais que intervêm na ocorrência da gravidez.
- Analisar variações geográficas e temporais na cobertura de pré-natal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes.

D – Limitações

- É influenciada pela estrutura etária da população feminina e pelo padrão de fecundidade.
- As proporções observadas para determinado grupo etário de mães podem depender da frequência de nascidos vivos em outros grupos etários. A proporção de nascimentos em um grupo etário pode aumentar, mesmo que a natalidade esteja caindo neste grupo. Isto ocorrerá se a queda na natalidade for maior nos demais grupos etários.
- Deve ser usado em associação com informações adicionais, entre as quais a taxa específica de fecundidade.
- A base de dados de nascidos vivos utilizada para a produção do indicador pode apresentar problemas de cobertura populacional em determinadas áreas geográficas.

E – Fórmula

$$\frac{\text{Nº de nascidos vivos de mães adolescentes, residentes, de 10 a 19 anos}}{\text{Nº de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}} \times 100$$

F – Fonte

- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

G – Referências

- BRASIL. Fichas de Qualificação da RIPS. Acesso em 21/07/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Acesso em 21/07/2021.
- PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021: Fichas de Indicadores. Acesso em 21/07/2021.

H – Parâmetro/Meta

- PES/SES-GO 2020-2023 – Meta 1.8.2 da diretriz 1: “Reduzir em 4 pontos percentuais a proporção de gravidez na adolescência no estado de Goiás”, com linha de base de 17% em 2019, sendo 16% para 2020; 15% para 2021; 14% para 2022 e 13% para 2023.

8. DENGUE

8.1. TAXA DE INCIDÊNCIA DE DENGUE

A – Resumo

Relação entre o número de casos confirmados de dengue, por 100.000 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- A definição de caso confirmado de dengue baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país. A ocorrência de casos está relacionada à picada do mosquito *Aedes aegypti* infectado com o vírus da dengue, tipos 1, 2, 3 ou 4 (grupo dos flavivírus).

C – Usos

- Estimar o risco de ocorrência de casos de dengue, sob a forma endêmica ou epidêmica.
- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de dengue, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para controlar a dengue e a febre amarela urbana (saneamento básico, controle do *A. aegypti*, educação e assistência à saúde).

D – Limitações

- A confirmação diagnóstica de casos baseia-se em exames laboratoriais específicos (sorologia e isolamento do vírus), exceto em situações epidêmicas, que oferecem evidência clínico epidemiológica de dengue.
- A capacidade de detecção, notificação, investigação e confirmação laboratorial de casos estão sujeitas às condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica.
- A maioria dos casos é constituída de formas clínicas leves e moderadas, com pouca probabilidade de serem reconhecidas. Tornam-se, porém evidentes durante epidemias, o que impõe atenção na análise de séries temporais.
- O indicador não distingue a febre hemorrágica da dengue dos casos de dengue clássica, nem identifica os tipos de vírus circulantes.

E – Fórmula

$(\text{N}^\circ \text{ de casos de dengue confirmados em residentes} / \text{População total de residentes}) \times 100.000$
(Código CID-10: A90-A91 da CID-10).

F – Fonte

- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
- População: DATASUS (Projeção IBGE 2000-2030)

G – Referências

- BRASIL. Fichas de Qualificação da RIPSA. Acesso em 21/07/2021.

H – Meta/Parâmetro

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.
- Como parâmetros de balizamento, foram considerados os repassados pela área técnica, quais sejam:
- **0-100** → casos para cada grupo de 100.000 habitantes: BAIXO RISCO
- **101 a 299** → casos para cada grupo de 100.000 habitantes: MÉDIO RISCO
- **300 ou mais** → casos para cada grupo de 100.000 habitantes: ALTO RISCO

8.2. NÚMERO DE ÓBITOS POR DENGUE

A – Resumo

Nº absoluto de óbitos notificados de Dengue, na população residente num determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Fornece o número de óbitos notificados de dengue.

C – Usos

- Refletir a qualidade da atenção à saúde prestada aos casos de dengue e como os serviços de se organizam para atender estes casos.
- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos óbitos confirmados de dengue, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica e ambiental da doença;
- Contribuir para avaliação e orientação das medidas de controle vetorial do *Aedes aegypti*;
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle de doenças de transmissão vetorial.

D – Limitações

- Durante o ano corrente a análise depende da sensibilidade da vigilância epidemiológica em notificar oportunamente os óbitos suspeitos e confirmados.
- Pode ser influenciado pela: Demora para inclusão dos óbitos confirmados no Sinan; pela inexistência de comitê de investigação de óbitos ou quando da sua existência, por não haver periodicidade definida para reuniões, ocasionando demora no encerramento dos óbitos; problemas na qualidade da base de dados do Sinan com duplicidade de óbitos, óbitos que não são encerrados no sistema (permanecem em investigação ou com classificação final ignorada/branco).

E – Fórmula

Nº absoluto de óbitos confirmados por dengue em residentes

F – Fonte

- Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

G – Referências

- BRASIL. Fichas de Qualificação da RIPSA. Acesso em 22/07/2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. Acesso em 22/07/2021.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica: 12/2011. Programa de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde. Acesso em 22/07/2021.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica: Dengue – Indicadores epidemiológicos. Acesso em 22/07/2021.

H – Parâmetro/Meta

- PES/SES-GO 2020-2023 – Meta 1.4.1 da diretriz 1: “Reduzir o número de óbitos por Dengue em 10% ao ano para no máximo 69 óbitos em Goiás até 2023, com linha de base de 106 em 2019, sendo 95 em 2020, 85 em 2021, 77 em 2022 e 69 em 2023.
- Indicador constante no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 - parâmetro de referência nacional: Redução de 10% ao ano, nos municípios e regiões com seis ou mais óbitos por dengue. No caso de municípios e regiões com 1 óbito, a redução, no ano seguinte, deve ser 100%; em locais com 2, 3, 4 e 5 óbitos, a redução deve ser de 1 óbito em cada município e região.

8.3. TAXA DE LETALIDADE DE DENGUE

A – Resumo

Proporção entre o número de mortes por dengue e o número total de casos confirmados, por local de residência, num determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Expressa o percentual de óbitos entre o total de residentes acometidos pela Dengue.
- Mede efetividade da atenção.

C – Usos

- Refletir a qualidade da atenção à saúde prestada aos casos de dengue e como os serviços de saúde se organizam para atender estes casos.
- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos óbitos confirmados de dengue, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica e ambiental da doença;
- Contribuir para avaliação e orientação das medidas de controle vetorial do *Aedes aegypti*;
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle de doenças de transmissão vetorial.

D – Limitações

- Durante o ano corrente a análise depende da sensibilidade da vigilância epidemiológica em notificar oportunamente os óbitos suspeitos e confirmados.
- Pode ser influenciado pela: Demora para inclusão dos óbitos confirmados no SINAN; pela inexistência de comitê de investigação de óbitos ou quando da sua existência, por não haver periodicidade definida para reuniões, ocasionando demora no encerramento dos óbitos; problemas na qualidade da base de dados do SINAN com duplicidade de óbitos, óbitos que não são encerrados no sistema (permanecem em investigação ou com classificação final ignorada/branco).

E – Fórmula

$(\text{N}^\circ \text{ de } \text{óbitos confirmados por Dengue em residentes} / \text{N}^\circ \text{ total de casos confirmados de Dengue em residentes}) \times 100$

F – Fonte

- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
- Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

G – Referências

- BRASIL. Fichas de Qualificação da RIPSAs. Acesso em 27/07/2021.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica: 12/2011. Programa de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde. Acesso em 27/07/2021.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica: Dengue – Indicadores epidemiológicos. Acesso em 27/07/2021.

H – Meta/Parâmetro

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.

9. HANSENÍASE

9.1. PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES

A – Resumo

Percentual de cura de casos novos de hanseníase, de residentes, diagnosticados nos anos das coortes, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Representa o êxito no tratamento de hanseníase e consequente diminuição da transmissão da doença. É de grande relevância, uma vez que a cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas.

C – Usos

- Avaliar a efetividade dos esquemas de tratamento de hanseníase.
- Avaliar indiretamente a qualidade de assistência aos pacientes com hanseníase.
- Contribuir para a avaliação operacional e de impacto do programa de prevenção e cura da hanseníase, bem como para o delineamento de estratégias de melhorias.
- Identificar situações de insuficiência que possam indicar a necessidade de estudos especiais e medidas de intervenção.
- Analisar variações geográficas e temporais.
- Subsidiar processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e serviços públicos relativos à atenção e ao controle da hanseníase.

D – Limitações

- Depende do grau de adesão do paciente ao tratamento.
- Depende da efetividade da política de controle de qualidade dos medicamentos.
- Requer correção da subnumeração dos dados a partir de sistemas de registro contínuo.

E – Fórmula

$(N^{\circ} \text{ de casos novos de hanseníase, de residentes, diagnosticados nos anos de coorte} / N^{\circ} \text{ total de casos novos, de residentes, nos anos de coorte}) \times 100$

Obs 01. Por serem indicadores que utilizam coortes, não possibilita obter dados mensais.

Obs 02: Numerador: PB diagnosticados no ano anterior ao ano da avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação e curados até 31/12 do ano de avaliação.

F – Fonte

- Sistema de informações de Agravos de Notificação (SINAN).

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Fichas detalhadas dos indicadores. Acesso em 27/07/2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Boletim Epidemiológico de Hanseníase. 2021. Acesso em 27/07/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Acesso em 27/07/2021.
- PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021: Fichas de Indicadores. Acesso em 27/07/2021.

H – Parâmetro/Meta

- PES/SES-GO 2020-2023 – Meta 1.4.2 da diretriz 1: “Aumentar a proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coorte para 93%, até 2023”, com linha de base de 80% em 2019, sendo 90% para 2020; 91% para 2021; 92% para 2022 e 93% para 2023.
- Indicador constante na Pactuação Interfederativa/SISPACTO com parâmetro de referência nacional de 83,5% (2015 – consolidação em 31/05/2016).
- Parâmetros pelo Boletim Epidemiológico SVS MS nº especial janeiro/2021: ≥ 90% Bom; ≥ 75 a 89,9% Regular; < 75% Precário.

9.2. PROPORÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE EM ABANDONO DE TRATAMENTO ENTRE OS CASOS NOVOS DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES

A – Resumo

Percentual de pacientes residentes com classificação operacional PB e MB que não comparecem ao serviço de saúde por um determinado tempo, num determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Abandono: pacientes com classificação operacional PB que não compareceram ao serviço de saúde por mais de três meses consecutivos e os doentes com classificação operacional MB, que não compareceram ao serviço de saúde por mais de seis meses consecutivos, a partir da data do último comparecimento, apesar de repetidas tentativas para o retorno e o seguimento do tratamento.

C – Uso

- Medir a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase.

D – Limitação

- Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas.

E – Fórmula

(Casos novos de hanseníase, de residentes, diagnosticados nos anos de coortes que abandonaram o tratamento até 31/12 do ano de avaliação / Total de casos novos de residentes diagnosticados nos anos de coortes) X 100

F – Fonte:

- Sistema de informações de Agravos de Notificação (SINAN).

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Guia para o Controle da hanseníase. 2002. Acesso em 27/07/2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS. Manual técnico-operacional: Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. 2016. Acesso em 27/07/2021.
- PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021: Fichas de Indicadores. Acesso em 27/07/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.
- Parâmetros pelo Manual técnico operacional “Diretrizes para Vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de Saúde Pública/MS, 2016”: Bom < 10%; Regular 10 a 24,9%; Precário ≥ 25%.

10. NÚMERO ABSOLUTO DE CASOS DE SARAMPO CONFIRMADOS

A – Resumo

Número absoluto de casos novos de residentes confirmados de sarampo, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- A definição de caso confirmado de sarampo baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.
- Estima o risco de ocorrência de casos autóctones de sarampo, assim considerados os que adquiriram a doença de uma fonte de infecção localizada em território brasileiro. A ocorrência de casos autóctones indica a persistência de fatores favoráveis à transmissão do vírus do sarampo, em especial a existência de segmentos populacionais com cobertura vacinal insuficiente. Medidas imediatas de investigação epidemiológica e controle são requeridas para cumprimento da meta de erradicar a doença na região das Américas.

C – Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de sarampo, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a erradicação do sarampo e, por extensão, ao controle das demais doenças evitáveis por imunização.

D – Limitações

- A capacidade para detecção, notificação, investigação e confirmação laboratorial de casos de sarampo está sujeita às condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica em cada área geográfica.
- A probabilidade de suspeita diagnóstica de sarampo tende a reduzir-se quando a incidência da doença é muito baixa.
- Na fase de erradicação, a situação epidemiológica do sarampo pode ser melhor acompanhada pelo número absoluto de casos, que expressa as fontes de transmissão da doença.

E – Fórmula

Nº absoluto de casos confirmados de sarampo.

(Código CID-10: B05 da CID-10)

F – Fonte

- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

G – Referência

- BRASIL. Fichas de Qualificação da RIPSA. Acesso em 29/07/2021.

H – Parâmetro/Meta

- PES/GO 2020-2023 – Meta 1.4.5 da diretriz 1: “Reduzir em 100% o número de casos confirmados de sarampo em Goiás até 2023”, com linha de base de 14 casos em 2019, sendo 07 casos em 2020; 03 em 2021; 01 em 2022 e zero em 2023”.

11. PROPORÇÃO DE REGISTROS DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA

A – Resumo

Percentual de óbitos não fetais com causa básica definida, notificados ao SIM, no total de óbitos não fetais de residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Consideram-se 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). Não estão sendo contados os óbitos fetais.
- Possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas da mortalidade.
- Sinaliza a disponibilidade de infraestrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação do profissional para preenchimento das DO's (Declarações de Óbitos).

C – Usos

- Analisar variações geográficas e temporais das causas de mortalidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e/ou estudos específicos;
- Contribuir na avaliação da qualidade das estatísticas de mortalidade e, subsidiariamente, das condições de prestação de serviços de saúde, prestando-se para comparações nacionais e internacionais;
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas visando a adoção de medidas relativas à assistência e aos sistemas de informação em saúde.

D – Limitações

- O indicador depende da qualidade e agilidade na atualização do SIM.

E – Fórmula

$(\text{N}^\circ \text{ de óbitos não fetais por causas mal definidas} / \text{N}^\circ \text{ total de óbitos não fetais}) \times 100$

F – Fonte

- Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

G – Referências

- BRASIL. Fichas de Qualificação da RIPSa. Acesso em 29/07/2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. Acesso em 29/07/2021.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica: Proporção de Registro de Óbitos com Causa Básica Definida. Acesso em 29/07/2021.
- PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021: Fichas de Indicadores. Acesso em 29/07/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.
- Indicador constante na Pactuação Interfederativa/SISPACTO com parâmetro de referência nacional: 2012 = 94%; 2013 = 94%; 2014 = 94%; 2017 = 95%; 2018 = 95%; 2019 = 95%.
- Indicador constante no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 - parâmetro de referência nacional: $\geq 90\%$.

12. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

A – Resumo

Número de óbitos de menores de um ano de idade, por 1.000 nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o primeiro ano de vida.
- Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para a atenção à saúde materna e da população infantil.
- Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade.

C – Usos

- Analisar a assistência pré-natal;
- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

D – Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos e de nascidos vivos para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste;
- Pode haver necessidade de informações adicionais sobre a composição do indicador, que podem sinalizar a adoção de intervenções diferenciadas sobre a qualidade da atenção à saúde (mortalidade neonatal) ou sobre o ambiente (mortalidade pós-neonatal).
- Envolve, no caso das estimativas, dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir por mudanças da dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

E – Fórmula

$(\text{N}^\circ \text{ de óbitos de residentes com menos de um ano de idade} / \text{n}^\circ \text{ total de nascidos vivos de mães residentes}) \times 1.000$

F – Fonte

- Numerador: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
- Denominador: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

G – Referências

- BRASIL. Fichas de Qualificação da RIPSAs. Acesso em 29/07/2021.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica: Vigilância da Mortalidade Infantil. Acesso em 29/07/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Acesso em 29/07/2021.
- PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021: Fichas de Indicadores. Acesso em 29/07/2021.

H – Parâmetro/Meta

- PES/SES-GO 2020-2023 – “Meta 1.5.2 da diretriz 1: Reduzir mortalidade infantil para abaixo de 10 em 2023, com linha de base de 11,67% em 2019, sendo 11% para 2020; 10,75% para 2021; 10,25% para 2022 e 9,90% para 2023”.
- Indicador constante na Pactuação Interfederativa/SISPACTO com parâmetro de referência nacional: “O índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10 mortes para cada mil nascimentos”.

13. PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS

A – Resumo

Percentual de óbitos infantis e fetais investigados na população residente num determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil, levando a reclassificação de óbitos infantis notificados como fetais e a identificação de determinantes que originaram o óbito, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
- Indica a proporção de quantos óbitos infantis e fetais ocorridos foram investigados.

C – Usos

- Medir o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil e identificação de determinantes do óbito.
- Contribuir para que se conheça e corrija as condições que ocasionaram os óbitos infantis e fetais e sejam evitadas novas ocorrências.

D – Limitações

- Falhas na alimentação da informação no SIM e em especial do módulo de investigação que podem interferir nos resultados e exigem cautela na interpretação.

E – Fórmula

$(N^{\circ} \text{ de óbitos infantis e fetais investigados} / N^{\circ} \text{ total de óbitos infantis e fetais ocorridos})$
X 100

F – Fonte

- Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e fetal:
<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>
s=MSQyMDIwJDEkMSQzNSQ3NiQxJDEkMCQ0MDA2JDAkMCQ1JDEkNDAwMDExJDA=

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal. Acesso em 29/07/2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. Acesso em 29/07/2021.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica: Vigilância da Mortalidade Infantil. Acesso em 29/07/2021.

H – Parâmetro/Meta

- PES/SES-GO 2020-2023 – Meta 1.3.1 da diretriz 1: “Proporção de óbitos infantis e fetais investigados”, com linha de base de 60% em 2019, sendo, 71% em 2020; 73% em 2021; 74% em 2022 e 75% em 2023.
- Indicador constante no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 - parâmetro de referência nacional: 70% (2013).

14. TAXA BRUTA DE MORTALIDADE PREMATURA PELO CONJUNTO DAS 04 PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A – Resumo

Número total de óbitos na população residente, de faixa etária de 30-69 anos, em 100.000 habitantes, pelo conjunto dos 04 (quatro) principais grupos das Doenças Crônicas não Transmissíveis/DCNT, num determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Estima o risco de morte de uma pessoa, na faixa etária de 30-69 anos, pelo conjunto dos 04 (quatro) principais grupos das Doenças Crônicas não Transmissíveis/DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

C – Usos

- Contribuir para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país;
- Contribuir para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das doenças crônicas não transmissíveis e em seus fatores de risco (obesidade, tabagismo, álcool e outros);
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e pactuação de serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

D – Limitações

- Por se trabalhar com unidades diferentes (número absoluto de óbitos para populações menores de 100 mil habitantes e taxa para populações iguais ou maiores que 100 mil habitantes), em função do porte populacional dos municípios, a comparabilidade entre municípios fica comprometida.

E – Fórmula

$(\text{N}^\circ \text{ de óbitos prematuros por DCNT, na população residente, de faixa etária de 30-69 anos} / \text{população total residente de 30-69 anos}) \times 100.000$
(Código CID-10: I00 - I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14)

F – Fonte

- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
- População: DATASUS (Projeção IBGE 2000-2030)

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. Acesso em 02/08/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Acesso em 02/08/2021.
- PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021: Fichas de Indicadores. Acesso em 02/08/2021.

H – Parâmetro/Meta

- PES/SES-GO 2020-2023 – Meta - 1.3.1 da diretriz 1 - “Reduzir a taxa de mortalidade prematura em 2% ao ano”, com linha de base de 281,95% em 2019, sendo 276,31% em 2020, 270,78% em 2021, 265,36% em 2022 e 260,06% em 2023.
- Indicador constante no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 - parâmetro de referência nacional: redução de 2% em relação ao ano anterior.

15. TAXA DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL

A – Resumo

Número de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), por cem mil mulheres da mesma faixa etária, na população residente, num determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Estima o risco de morte de uma mulher em idade fértil (10-49 anos).

C – Usos

- Subsidiar o aprimoramento da rede de atenção materno infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade, evitando os óbitos.
- Retratar a qualidade de vida e a qualidade de acesso e atenção à saúde das mulheres nessa faixa etária.
- Contribuir para o monitoramento do impacto das políticas públicas.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e pactuação de serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

D – Limitações

- Subnotificação de óbitos no SIM.

E – Fórmula

$(\text{N}^\circ \text{ de óbitos de mulheres em idade fértil} / \text{N}^\circ \text{ total de mulheres em idade fértil}) \times 100.000$

F – Fonte

- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
- População: DATASUS (Projeção IBGE 2000-2030)

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. Acesso em 02/08/2021.
- PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021: Fichas de Indicadores. Acesso em 02/08/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.

16. PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS SEGUNDO A LISTA DE CAUSAS EVITÁVEIS DE 05-74 ANOS DE IDADE POR INTERVENÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A – Resumo

Mede a proporção de óbitos evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde em relação ao total dos óbitos, num determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Estes óbitos, evitáveis ou reduzíveis, são definidos como aqueles preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época.
- Taxas elevadas de mortes evitáveis estão, normalmente, relacionadas a deficiências no sistema de cuidados à saúde prestados à população e considerados “eventos sentinelas”, pois, sinalizam que a atenção integral à saúde pode não funcionar adequadamente, indicando que a qualidade da atenção precisa ser melhorada (RUTSTEIN, 1976), pressupondo-se que é possível impedir uma morte prematura evitando o surgimento da doença ou tratando-a adequadamente quando esta se apresenta (MALTA, 2007).

C – Usos

- Contribuir para a avaliação da capacidade resolutiva do SUS.
- Buscar a garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado mediante o aprimoramento da política de Atenção Básica e especializada;
- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos óbitos por condições sensíveis à Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e/ou estudos específicos;
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, ações de prevenção e da assistência médico-hospitalar.

D – Limitações

Lista passível de debate e validação pela sociedade.

E – Fórmula

$(\text{N}^\circ \text{ de óbitos por causas evitáveis na faixa etária 50-74 anos de idade} / \text{Total de óbitos}) \times 100$

F – Fonte

- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

G – Referências

- MALTA DC et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol Serv Saúde 2007; 16(4):233-244. Acesso em 02/08/2021.
- MALTA DC et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis (5 a 74 anos de idade) por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 20, n. 3, p. 409-412 set. 2011. Acesso em 02/08/2021.
- RUTSTEIN DD, et al. Measuring quality of medical-care – clinical method. N Engl J Med 1976; 294(11):582-588. Acesso em 02/08/2021.

H – Parâmetro/meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.

17. PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE/APS

A – Resumo

Percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde entre as internações clínicas de residentes em um determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Percentual de internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, segundo a Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), em relação ao total de internações clínicas de média complexidade.
- As condições sensíveis à atenção primária de saúde são agravos cuja morbimortalidade podem ser reduzidas por meio de uma atenção primária oportuna e eficaz.
- Está diretamente relacionado às ações da Estratégia Saúde da Família.

C – Usos

- Avaliar a capacidade resolutiva da atenção básica.
- Identificar áreas passíveis de melhorias.
- Monitorar o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde.
- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, ações de prevenção e da assistência.

D – Limitação

Por ser uma proporção de todas as internações clínicas realizadas, não mede a adequação da quantidade dessas internações em relação às necessidades epidemiológicas. Assim, podem-se ter proporções adequadas, ou não, em quantidades de internações clínicas muito inferiores ou superiores às de internações clínicas que seriam mais adequadas às necessidades de uma população. Parte dessa limitação, na avaliação pelo IDSUS, é contrabalançada pelos resultados do indicador Razão entre internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.

E – Fórmula

$(\text{Número de internações de residentes por condições sensíveis à APS} / \text{Total de internações clínicas de residentes}) \times 100$

F – Fonte

Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Códigos dos procedimentos da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH das internações clínicas

1- Os códigos de procedimentos usados para selecionar as internações clínicas usadas como denominador da proporção média de internações sensíveis à Atenção Básica, de residentes dos municípios de referência, são todos aqueles válidos para o período selecionado e incluídos nos intervalos de códigos a seguir, classificados como de média complexidade.

Procedimentos obstétricos clínicos: Do código 0303100010 ao 0303109999

Tratamentos clínicos: Do código 0303010010 ao 0303099999, do código 0303110010 ao 0303169999, do código 0303180010 ao 0305029999, do código 0306020010 ao 0306029999, do código 0308010010 ao 0309069999

Diagnósticos e/ou Atendimentos de Urgência: Do código 0301060010 ao 0301069999

BRASIL, 2013-2015



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



Lista CID-10 das Condições Sensíveis à Atenção Básica

Condições Sensíveis	Lista dos CID-10 (todos do intervalo especificado)
1. Doenças evitáveis por imunização e outras DIP	A15.0-A19.9, A33.0-A37.9; A50.0-A53.9, A95.0-A95.9, B05.0-B06.9, B16.0-B16.9, B26.0-B26.9, B50.0-B54.9, B77.0-B77.9, G00.0, I00-I02.9
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	A00.0-A09.9; E86.0-E86.9
3. Anemia	D50.0-D50.9
4. Deficiências nutricionais	E40-E46.9, E50.0-E64.9
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66.0-H66.9, J00, J01.0-J03.9, J06.0-J06.9, J31.0-J31.9
6. Pneumonias bacterianas	J13, J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
7. Asma	J45.0-J45.9
8. Bronquites	J20.0-J21.9, J40-J42
9. Hipertensão	I10, I11.0-I11.9
10. Angina	I20.0-I20.9
11. Insuficiência cardíaca	I50.0-I50.9
12. Diabetes <i>mellitus</i>	E10.0-E14.9
13. Epilepsias	G40.0-G40.9
14. Infecção no rim e trato urinário	N30.0-N30.9, N34.0-N34.3, N39.0
15. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01.0-L04.9, L08.0-L08.9
16. Doença inflamatória nos órgãos pélvicos femininos	N70.0-N73.9, N75.0-N76.8
17. Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

BRASIL, 2013-2015

Observações:

- Não inclui internações de longa permanência (cuidados prolongados e psiquiatria) e internações por partos (CID O80 a O84).

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Fichas detalhadas dos indicadores. Acesso em 02/08/2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. Acesso em 02/08/2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA. Nota Técnica nº 70. 2014. Acesso em 02/08/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Mapa da Saúde de Goiás. Acesso em 02/08/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Acesso em 02/08/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.
- IDSUS: Indicador nº 19 - Parâmetro “28,6% equivalem à proporção média de internações sensíveis à atenção básica para residentes dos municípios de referência”.



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



18. PROPORÇÃO DE AUTORIZAÇÕES HOSPITALARES DE UNIDADES PRÓPRIAS DA REDE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE EM RELAÇÃO AO TOTAL DE AIHs EMITIDAS*

A – Resumo

Percentual de internações hospitalares registradas em sistema de informação próprio em relação às internações registradas no SIHSUS (Sistema de Informação Hospitalar do SUS), em determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

Refere-se a proporção das internações registradas no sistema de informação oficial SIHSUS em relação ao total das autorizações de internações efetuadas.

C – Usos

- Este indicador auxilia a gestão estadual a monitorar o processo de registro da produção hospitalar dos hospitais geridos por Organizações Sociais em Saúde (OSS) no Sistema de Informações Hospitalares (SIHSUS), sistema oficial do Ministério da Saúde (MS), para garantir o repasse dos recursos financeiros de contrapartida aos serviços de saúde realizados.

D – Limitações

- Dificuldade de acesso aos dados de produção hospitalar das unidades geridas por OSs.

E – Fórmula

(Nº de AIHs registradas no SIHSUS / Nº de autorizações hospitalares efetuadas pelas OSs)
X 100

F – Fonte

- Numerador: tabulação pelo SIHSUS
- Denominador: tabulação pelo ARGOS

* Indicador a ser concretizado após a homologação do ARGOS.

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR DESCENTRALIZADO. Portaria Nº 510 DE 30/09/2005. Acesso em 02/08/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.

19. PERCENTUAL DE OCORRÊNCIA DE GLOSAS NO SIHSUS

A – Resumo

Percentual de ocorrência de AIHs glosadas (Autorização de Internação Hospitalar) em relação ao total de apresentações de AIHs (apresentações rejeitadas e aprovadas), num determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Percentual de Laudos de Autorização de Internação Hospitalar não autorizado pelo Gestor Municipal, da Unidade de Produção ou Linha de Cuidado.
- Mede a proporção de ocorrências de AIHs glosadas em relação ao total de apresentações de AIHs.
- As glosas hospitalares podem ser conceituadas como cancelamentos, recusas parciais ou totais de um orçamento, além do não faturamento de procedimentos, valores, materiais, medicamentos, diárias e demais serviços. A principal consequência, é o não pagamento, repasse por parte do Ministério da Saúde dos atos médico-hospitalares realizados. Ou seja, quando há a glosa, o que foi gasto, realizado, não é ressarcido.

C – Usos

- Acompanhar a taxa de perda de recursos por unidade.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações voltadas para a redução das glosas de AIHs.
- Contribuir para a identificação e providências acerca de serviços não habilitados.

D – Limitações

- O lapso temporal entre a rejeição e uma reapresentação com aprovação pode influenciar o valor do indicador.
- Imprecisões da base de dados utilizada para calcular o indicador.
- Tempo médio prolongado entre a internação e devolução do laudo de AIH para digitação no Setor de Faturamento do Hospital e retorno para processamento pelo Gestor Municipal.
- O indicador também pode ser influenciado pelos motivos constantes no *link*: <http://www2.saude.ba.gov.br/hgpv/Ficha%20de%20Qualifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Indicador%20-%20TGAIH.pdf>.

E – Fórmula

$$[\text{N}^\circ \text{ ocorrências de glosas de AIHs} / (\text{N}^\circ \text{ ocorrências de glosas de AIHs} + \text{N}^\circ \text{ de AIHs aprovadas})] \times 100$$

F – Fonte

- Sistema de Informações Hospitalares (SIHSUS)

G – Referência

- BAHIA. SECRETARIA DA SAÚDE. HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES. Ficha de Qualificação do Indicador: Taxa de glosa de AIH – TGAIH. Acesso em 04/08/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.

20. MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (DIAS)

A – Resumo

Tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados em um hospital, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Obs.: internações consideradas em leitos clínicos e cirúrgicos.

B – Complemento

- Avalia o tempo que em média um paciente permanece internado. Está relacionado a boas práticas clínicas.
- Avalia a média de permanência do paciente em internação hospitalar.
- O aumento do tempo de permanência aumenta o risco de infecção hospitalar e reduz o giro de leitos, aumentando o custo da internação.
- O tempo de média de permanência (TMP) é um dos indicadores, usado para definir o rendimento/produzividade/de leitos em geral ou em cada especialidade.
- Um tempo médio de internação elevado não necessariamente representa problemas na qualidade da assistência hospitalar, pois ele não reflete o motivo da saída, a qual pode se dar por alta, transferência ou óbito.

C – Usos

- Avaliar a eficiência de uma determinada unidade hospitalar;
- Mensurar o número de leitos necessários para o atendimento à população.

D – Limitações

- Pode sofrer reflexos de qualquer anormalidade que ocorra dentro ou fora do hospital.
- Pode ser influenciada pelo perfil de complexidade hospitalar e por características individuais, como idade, condição clínica e comorbidades dos pacientes.

E – Fórmula

(Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período)

G – Referências

- MENDES, LHS. Manual da Ficha Técnica dos Indicadores do Programa UNIPLUS. São Paulo, 2018. Acesso em 02/08/2021.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Média de Permanência Geral. 2013. E-EFI-05 V1.02.pdf. Acesso em 02/08/2021.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR. Painel Geral: Fichas técnicas dos indicadores. Versão IV, 03/2020. Acesso em 02/08/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.
- CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR: Referência de média ≤ 5 dias.

21. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

A – Resumo

Percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia, num determinado espaço geográfico, no período considerado.

Observações:

a) Embora o referido indicador carregue consigo o conceito de ocupação de leitos operacionais, o que se mede, na prática, quando utilizado o SCNES, é a ocupação hospitalar com base no número de leitos totais cadastrados. Este, por sua vez, não traz consigo, em seu cadastro, a indicação de que o leito está operacional ou não, bem como que ele seja exclusivo ou não para COVID.

b) leitos considerados: clínicos e cirúrgicos.

B – Complemento

- Avalia o grau de utilização dos leitos hospitalares em determinada unidade hospitalar.
- Mede o perfil de utilização e gestão do leito e está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência.
- A gestão eficiente do leito operacional aumenta a oferta de leitos para o sistema de saúde. O leito hospitalar deve ser gerenciado como recurso caro e complexo, o qual deverá ser utilizado de forma racional e com a indicação apropriada de forma a estar sempre disponível para os indivíduos que necessitem.

C – Usos

- Avaliar a utilização dos leitos hospitalares no sistema de serviços de saúde.
- Acompanhar a eficiência da gestão do leito nos hospitais.

D – Limitações

- Inadequada alimentação do sistema de coleta de dados do censo hospitalar;
- Hospitais com grande volume de pacientes de curta permanência tendem a ter baixas taxas de ocupação, pois o movimento do hospital-dia (curta permanência) está misturado com a demanda das internações que exigem permanência maior de 24 horas. Recomenda-se a análise dos leitos de curta permanência através de indicador específico.

E – Fórmula

(Somatório do Nº de pacientes-dia no período / Somatório do Nº de leitos-dia operacionais no período) X 100

F – Fonte

- Sistema de Informações Hospitalares (SIHSUS)
- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

G – Referência

- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Taxa de Ocupação Operacional Geral. 2012. Acesso em 02/08/2021.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Taxa de Ocupação Operacional Geral. 2013. E-EFI-01 V1.01.pdf. Acesso em 02/08/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações – recomenda-se uma taxa de ocupação entre 75% e 85%. Meta – manter a taxa de ocupação entre 80% e 85%.

22. TAXA DE READMISSÃO HOSPITALAR (29 DIAS)

A – Resumo

Número de readmissões hospitalares entre 0 (zero) e 29 (vinte e nove) dias em relação ao total de internações, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar.
- Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.
- A redução na taxa de reinternação é uma oportunidade de aumentar a atenção à saúde e ao mesmo tempo reduzir custos.

C – Usos

- Avaliar a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação do paciente.
- Identificar falhas em fluxos/protocolos de atendimento.
- Contribuir na melhoria do gerenciamento do quadro clínico dos pacientes e planejamento de altas.
- Contribuir na capacitação do quadro de profissionais da unidade hospitalar.

D – Limitações

- Diferenças na gravidade da doença, comorbidades e outros fatores de risco potencial podem contribuir para uma variação nos resultados.
- Uma série de fatores fora do controle dos hospitais, como nível socioeconômico das populações e eventos anteriores à hospitalização local, podem contribuir para a variação encontrada.
- Variação entre hospitais em relação ao tempo médio de permanência pode levar a diferentes proporções de complicações que ocorrem nos hospitais, ao contrário do que ocorre normalmente após a alta hospitalar.
- As readmissões podem não estar ligadas clinicamente à condição que levou à internação anterior, requerendo cuidado clínico diferenciado para o paciente. 5. Hospitais especializados exclusivamente em oncologia ou obstetrícia deverão informar sua condição quando do envio dos dados.

E – Fórmula

(Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares) X 100

F – Fonte

- Sistema de Monitoramento das OS – Argos

G – Referências

- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Plano de Saúde e Operadoras. Acesso em 02/08/2021.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR. Painel Geral: Fichas técnicas dos indicadores. Versão IV, 03/2020. Acesso em 02/08/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR: Referência de meta: $\leq 20\%$.

23. INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES

A – Resumo

Tempo médio, em dias, que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro, num determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- Indicador hospitalar de produtividade, assinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro.
- Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

C – Usos

- Contribuir para o acompanhamento da produtividade hospitalar.
- Contribuir para medir os recursos (custo fixo) desperdiçados com o leito vazio.
- Acompanhar os dias de ociosidade dos leitos.

D – Limitações

- Inadequada alimentação do sistema de coleta de dados do censo hospitalar.

E – Fórmula

(Taxa de Desocupação Hospitalar) X Média de Permanência / Taxa de Ocupação Hospitalares

Obs.: Taxa de Desocupação Hospitalar = 1 – Taxa de Ocupação Hospitalar

F – Fonte

- Sistema de Informações Hospitalares (SIHSUS)

G – Referências

- BAHIA. SECRETARIA DA SAÚDE. Ficha de Qualificação do Indicador: Índice de Intervalo de Substituição. Acesso em 03/08/2021.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). SERVIÇOS DE SAÚDE. Índice intervalo de substituição. Acesso em 03/08/2021.
- INDICADORES HOSPITALARES. Intervalo de Substituição de Leitos. 2011. Acesso em 03/08/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.

24. TAXA DE RECUSA DE LEITO HOSPITALAR (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA) (↓)

A – Resumo

Percentual de vagas de internação recusadas, em relação ao total de vagas solicitadas ao Complexo Regulador Estadual.

B – Complemento

- Mede o percentual de recusas de vagas de internação de urgência/emergência pela regulação por diversos motivos, tais como, indisponibilidade de vagas, não enquadramento no perfil da vaga e outros.

C – Usos

- Contribuir para o aprimoramento dos serviços.
- Identificar a demanda reprimida.
- Identificar as causas de recusa.

D – Limitações

- Falhas na apropriação dos dados regionais.
- Inexistência de sistema único para apropriação dos dados da rede pública e conveniada estadual.

E – Fórmula

$(\text{Número de vagas recusadas} / \text{Número total de vagas solicitadas}) \times 100$

F – Fonte

- <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>
- DUOSYSTEM/SERVIR (Superintendência do Complexo Regulador do Estado de Goiás).

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Critérios e parâmetros assistenciais SUS - 2017 - Caderno 1. Série Parâmetros SUS, v. 1, págs. 51 a 66. Brasília, 2017b. Acesso em 03/08/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.

25. PERCENTUAL DE AUTOSSUFICIÊNCIA EM INTERNAÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE – FLUXO DE ACESSO

A – Resumo

Proporção de internações em alta complexidade de residentes, realizadas no mesmo espaço geográfico de residência, no período considerado.

B – Complemento

- Mensura a capacidade hospitalar de um determinado espaço geográfico em atender seus residentes em relação a internações de alta complexidade.
- Mede quanto um Estado (ou qualquer outro nível geográfico) consegue resolver seus próprios problemas de saúde no que tange às internações de alta complexidade.
- A autossuficiência está muito relacionada com a capacidade, como infraestrutura sanitária necessária para ofertar o serviço de saúde em questão. Não, necessariamente, um local que tenha um percentual baixo no valor deste indicador seja ruim, porquanto determinados serviços são de responsabilidade regional ou macrorregional, tendo como base, por exemplo, a população.

C – Usos

- Contribuir para avaliar a adequação do acesso à atenção hospitalar de alta complexidade segundo as necessidades da população atendida.
- Analisar variações geográficas e temporais das internações de alta complexidade identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de alta complexidade de responsabilidade do SUS.

D – Limitações

- Não observância da demanda reprimida ou falta de acesso às internações de alta complexidade nas regiões e macrorregiões adscritas pelos dados secundários do SIHSUS.
- O uso do SIHSUS limita a análise aos usuários do SUS.

E – Fórmula

(Somatório das internações de alta complexidade cuja residência do paciente era a mesma do seu local de atendimento / Total de internações de alta complexidade demandadas por residentes) X 100

F – Fonte

- Sistema de Informações Hospitalares (SIHSUS)

G – Referências

- VELASCO, WD. Regionalização em Goiás e o acesso a serviços de média complexidade – um estudo avaliativo do uso da mamografia. Rio de Janeiro, 2014. Acesso em 03/08/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Policlinicas: verificação das condições técnicas e estruturais dos municípios para definição de possíveis locais de implantação. 2019. Acesso em 03/08/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Mapa da Saúde de Goiás. Acesso em 03/08/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.

26. PERCENTUAL DE AUTOSSUFICIÊNCIA EM INTERNAÇÕES DE MÉDIA COMPLEXIDADE – FLUXO DE ACESSO

A – Resumo

Proporção de internações em média complexidade de residentes, realizadas no mesmo espaço geográfico de residência, no período considerado.

B – Complemento

- Mensura a capacidade hospitalar de um determinado espaço geográfico em atender seus residentes em relação a internações de média complexidade.
- Mede quanto um município (ou qualquer outro nível geográfico) consegue resolver seus próprios problemas de saúde no que tange às internações de média complexidade.
- A autossuficiência está muito relacionada com a capacidade, como infraestrutura sanitária necessária para ofertar o serviço de saúde em questão. Não, necessariamente, um local que tenha um percentual baixo no valor deste indicador seja ruim, porquanto determinados serviços são de responsabilidade regional ou macrorregional, tendo como base, por exemplo, a população.

C – Usos

- Contribuir para avaliar a adequação do acesso à atenção hospitalar de média complexidade segundo as necessidades da população atendida.
- Analisar variações geográficas e temporais das internações de média complexidade identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência hospitalar de média complexidade de responsabilidade do SUS.

D – Limitações

- Não observância da demanda reprimida ou falta de acesso às internações de média complexidade nas regiões e macrorregiões adscritas pelos dados secundários do SIHSUS.
- O uso SIHSUS limita a análise aos usuários do SUS.

E – Fórmula

(Somatório das internações de média complexidade cuja residência do paciente era a mesma do seu local de atendimento / Total de internações de média complexidade demandadas por residentes) x por 100

F – Fonte

- Sistema de Informações Hospitalares (SIHSUS)

G – Referências

- VELASCO, WD. Regionalização em Goiás e o acesso a serviços de média complexidade – um estudo avaliativo do uso da mamografia. Rio de Janeiro, 2014. Acesso em 03/08/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Policlinicas: verificação das condições técnicas e estruturais dos municípios para definição de possíveis locais de implantação. 2019. Acesso em 03/08/2021.
- GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Mapa da Saúde de Goiás. Acesso em 03/08/2021.

H – Parâmetro/meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.

27. ÍNDICE DE RETORNO MÉDICO*

A – Resumo

Relação entre consultas subsequentes e totais de consultas (primeiras consultas e interconsultas), num determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

Este indicador é aferido com base nos dados apontados no sistema de informação da unidade.

C – Usos

- O indicador mensura, indiretamente, a resolutividade da unidade e monitora a relação primeira consulta/consulta subsequente desejada para o modelo adotado de atendimento.

D – Limitações

- Ausência de sistema próprio para monitoramento das informações.

E – Fórmula

[Total de consultas subsequentes / (Total de primeiras consultas + Total de Interconsultas)].

- Primeira consulta: visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS Unidades Básicas de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade médica e/ou não médica.
- Interconsulta: a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.
- Consulta subsequente: todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

F – Fonte

- ARGOS

* Indicador a ser concretizado após a homologação do ARGOS.

G – Referências

- PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE. Acesso em 03/08/2021.

H – Parâmetro/meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.

28. PERCENTUAL DE ABSENTEÍSMO

A – Resumo

Porcentagem de usuários sem comparecimento em consultas e procedimentos agendados e sem comunicação prévia em relação ao total de consultas e procedimentos agendados, num determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

- A taxa de absenteísmo é um indicador da regulação em saúde. É um importante marcador pois considera-se um problema mundial na assistência à saúde tanto no setor público como no privado.
- Em geral, o absenteísmo é considerado um fenômeno multicausal, estando associado a: esquecimento, falhas na comunicação entre o serviço e o usuário, melhora dos sintomas de adoecimento, agendamento em horário de trabalho, falta de transporte e dia da semana agendado. Repercute em todos os envolvidos (gestão, trabalhador e usuário). Entre as consequências, destacam-se: o aumento da fila de espera e de demandas por urgência, o desperdício de recursos públicos, a redução da produtividade e perda da eficiência.

C – Usos

- Estimar o desperdício de recursos monetários vinculados ao absenteísmo.
- Monitorar a fila de espera e de demandas por urgências.
- Monitorar a redução da produtividade e perda da eficiência da unidade e da gestão.

D – Limitações

- Falha nos registros de agendamento/atendimento.
- Falhas na apropriação dos dados regionais.
- Inexistência de sistema único para apropriação dos dados da rede pública e conveniada estadual.

E – Fórmula

(Total de Não comparecimento em consultas e procedimentos agendados / Total de consultas e procedimentos agendados) X 100

F – Fonte

- Superintendência do Complexo Regulador do Estado de Goiás

G – Referências

- BELTRAME MS et al. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. Acesso em 04/08/2021.
- PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE. Acesso em 04/08/2021.

H – Parâmetro/meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.

29. PERCENTUAL DE RECUSA FAMILIAR NAS ENTREVISTAS PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

A – Resumo

Proporção de recusa das famílias com doadores de órgãos e tecidos elegíveis, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

B – Complemento

Proporção de famílias que recusam a doação de órgãos quando entrevistadas após o diagnóstico de morte encefálica. As famílias dos doadores elegíveis são abordadas para consentimento da doação de órgãos e tecidos após a conclusão da morte encefálica conforme legislação vigente (Resolução 2.173/2017 do Conselho Federal de Medicina; Decreto 9.175/2017 do MS).

Doadores elegíveis são todos aqueles com diagnóstico de morte encefálica e sem contraindicações conhecidas previamente para doação.

C – Usos

- Contribuir para a avaliação dos resultados das entrevistas junto aos pacientes da pessoa com morte encefálica.
- Contribuir para a análise causal das recusas.
- Subsidiar o planejamento e a melhoria das ações de sensibilização da população e capacitação de profissionais de saúde envolvidos no processo de doação de órgãos.

D – Limitações

- Subnotificação do diagnóstico de morte encefálica.
- Falhas na comunicação do processo de morte encefálica e acolhimento familiar que impactam diretamente na recusa das famílias.
- Elevado número de unidades de saúde que não possuem ou não praticam as atribuições previstas nas Comissões Intrahospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT).

E – Fórmula

$(N^{\circ} \text{ de recusas das famílias} / N^{\circ} \text{ de entrevistas realizadas}) \times 100$

Os dados são colhidos nos prontuários de notificação de morte encefálica e doação de órgãos e tecidos arquivados na Central de Transplantes. Esses dados são inseridos no Sistema de Informações e Gerenciamento (SIG) do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e registrados em planilha para acompanhamento da estatística da Central Estadual de Transplantes.

F – Fonte

Central de Transplantes (através do Sistema Nacional de Transplantes)

G – Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto nº 9.175 de 18 de outubro de 2017. Acesso em 04/08/2021.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.173 de 23 de novembro de 2017. Acesso em 04/08/2021.

H – Parâmetro/Meta

- Indicador não constante no Plano Estadual de Saúde, PES/SES-GO 2020-2023.
- A Central de Transplantes tem como referência a média nacional que hoje encontra-se entre 40 a 42%.

30. JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE

30.1. VALOR EM REAIS DOS PROCESSOS EM JUDICIALIZAÇÃO

A – Resumo

Valor em reais dos processos judiciais de saúde, em Goiás, conforme painel de judicialização.

B – Complemento

- A judicialização da saúde é quando um usuário busca junto ao poder judiciário uma demanda em relação à saúde que foi anteriormente negada, seja um tratamento, um medicamento ou até mesmo leito hospitalar. É última alternativa para garantir a efetivação da prerrogativa constitucional de direito à saúde (Art. 196 – CF).
- O principal desafio é conseguir distinguir uma ação judicial justa, em que o Estado deveria efetivamente fornecer determinado medicamento ou determinado procedimento e não o fez por alguma razão, daquela ação considerada como uma solicitação fora da normalidade, a exemplo dos medicamentos que não estão autorizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), procedimentos no exterior que poderiam ser feitos no país, solicitação de medicamentos, etc.

C – Usos

- Mensurar, indiretamente, os custos da judicialização no estado.
- Contribuir nas discussões nacionais acerca do assunto.
- Contribuir no planejamento e orçamentação das ações e serviços de saúde.

D – Limitações

- Imprevisibilidade dos processos frente as constantes inovações tecnológicas.

E – Fórmula

Valor total do gasto em judicialização

F – Fonte

- Painel de judicialização SESGO

G – Referências

- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Judicialização na Saúde. Acesso em 06/08/2021.
- ÂMBITO JURÍDICO. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. Acesso em 06/08/2021.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Cartilha: Judicialização de medicamentos – apoio técnico-farmacêutico para a diminuição e/ou qualificação das demandas. Brasília, 2018. Acesso em 06/08/2021.
- CAMPOS NETO et al, OH. A judicialização da saúde na percepção de médicos prescritores. 2018. Acesso em 06/08/2021.

30.2. PRESCRITOR COM FREQUÊNCIA ACIMA DA MÉDIA EM PROCESSOS DE JUDICIALIZAÇÃO

A – Resumo

Apresenta os profissionais que mais prescreveram baseado na média de prescrição de cada medicamento.

B – Complemento

Os medicamentos apresentados neste campo do Painel de Judicialização são todos aqueles em que existem médicos que ultrapassaram o limite máximo de prescrições em relação aos demais prescritores. O "menu" apresentado encontra-se ordenado pela quantidade de prescrições de cada medicamento, ou seja, os medicamentos com maior número de prescrições serão apresentados prioritariamente na lista.

C – Usos

- Auxiliar a área técnica na identificação de repetição de um mesmo prescritor.

D – Limitações

- Refere-se apenas a processos de medicamentos.

E – Fórmula

O gráfico do Painel de Judicialização destaca aqueles que mais realizaram prescrições para determinado medicamento baseado no limite máximo, que se trata de duas vezes o desvio padrão em relação à média.

Estatisticamente, calcula-se a média para obter o ponto central da distribuição da quantidade de prescrições para cada medicamento. Em seguida, calcula-se o desvio padrão, que apresenta a dispersão em torno da média populacional de uma variável aleatória.

O limite máximo é aplicado para localizar aqueles prescritores que se encontram mais distantes em relação à quantidade média de prescrições.

F – Fonte

- Painel de judicialização SESGO

G – Referências

- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Judicialização na Saúde. Acesso em 06/08/2021.
- ÂMBITO JURÍDICO. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. Acesso em 06/08/2021.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Cartilha: Judicialização de medicamentos – apoio técnico-farmacêutico para a diminuição e/ou qualificação das demandas. Brasília, 2018. Acesso em 06/08/2021.
- CAMPOS NETO et al, OH. A judicialização da saúde na percepção de médicos prescritores. 2018. Acesso em 06/08/2021.