

RESAP **EDIÇÃO ESPECIAL**

Histórias de Sucesso da SES-GO



SUMÁRIO

EDITORIAL	3
A ASSISTENTE VIRTUAL SUSI E A INOVAÇÃO NO SUS.....	5
A EFETIVIDADE DA COMPOSIÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA MESA REGULADORA DE INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA: UMA ANÁLISE CRÍTICA	8
A IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DA LGPD PARA A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS.....	11
A ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NO ESTADO DE GOIÁS: A EXPERIÊNCIA DO VIGITEL GOIÁS	13
AÇÕES DE INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIA E OS IMPACTOS NOS INDICADORES	15
ANÁLISE DE RISCO POTENCIAL: UMA EXPERIÊNCIA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.....	17
ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES E DAS TRABALHADORAS DO ESTADO DE GOIÁS	19
ANÁLISE DESCRITIVA DAS COMISSÕES INTRA-HOSPITALARES DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES EM GOIÁS: ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO E DESAFIOS	21
AVANÇOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NAS UNIDADES DE SAÚDE EM GOIÁS (1º DE JANEIRO DE 2020 A 31 DE JANEIRO DE 2025).....	23
CAREN: OTIMIZAÇÃO DA ATENÇÃO NEONATAL COM APRENDIZADO DE MÁQUINA.....	25
DESAFIOS E OPORTUNIDADES NO PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO MONITORAMENTO DA PRODUÇÃO ATRAVÉS DE <i>DASHBOARD</i> NAS UNIDADES DE GESTÃO ESTADUAL, DO ESTADO DE GOIÁS	28
DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS PARA TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO PARA O ESTADO DE GOIÁS	29
ESTRATÉGIAS DE FINANCIAMENTO E MONITORAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DE GOIÁS.....	31
FORTELECIMENTO DO ACESSO A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COMO RESULTADO DA IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXO DE AVALIAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA NO SISTEMA ESTADUAL DE REGULAÇÃO	33
GOIÁS RUMO À ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV: VIVÊNCIAS COM O PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO 2024.....	35
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL EM GOIÁS POR MEIO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL EM LIBERDADE – PAILI.....	37
IMPLEMENTAÇÃO DAS CONTAS NA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL: CASO CONCRETO DE APRIMORAMENTO DE ACOMPANHAMENTO DO USO DO RECURSO PÚBLICO	39
IMUNIZA GOIÁS – FERRAMENTA DE INOVAÇÃO E SUCESSO NA AMPLIAÇÃO DAS COBERTURAS VACINAIS EM GOIÁS.....	40
MEDIDAS DE PREVENÇÃO, ENFRENTAMENTO E TRATAMENTO DO ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO PARA O ESTADO DE GOIÁS	42
MEU PEP E O PROTAGONISMO DO PACIENTE: TRANSPARÊNCIA E GESTÃO DA SAÚDE INDIVIDUAL	44
O USO DO GABINETE DE CRISE NA DIMINUIÇÃO DE ÓBITOS EVITÁVEIS EM UMA CAPITAL DO BRASIL.....	46
PERDA PRIMÁRIA NOS AGENDAMENTOS DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS COMO FATOR DE DESPERDÍCIO: DESAFIO PARA SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE.....	48
PROGRAMA MAIS EPS: EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO SUS EM GOIÁS.....	50
QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DE GOIÁS	52
SAÚDE SEM ESPERA: EXPLORANDO AS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA IMPLANTAÇÃO DO FLUXO.....	55
SISTEMA INFOPEFI – MAIS AGILIDADE E RESULTADO NAS ANÁLISES DE OCORRÊNCIAS COM IMUNOBIOLOGICOS NO ESTADO DE GOIÁS	56
SISTEMATIZAÇÃO PARA MONITORAMENTO DAS UNIDADES HABILITADAS EM ALTA COMPLEXIDADE EM GOIÁS PELA COORDENAÇÃO DE HABILITAÇÃO/GEPP/SUREG/SUBPAS DA SES-GO	58
TELESSAÚDE EM GOIÁS: UMA ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE	60
TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO REALIZADO COM SUCESSO, RESULTANDO EM ALTA SEM COMPLICAÇÕES OU SEQUELAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	62

EDITORIAL

Rasível dos Reis **Santos Júnior**, Ana Carolina Rezende **Abrahão**, Rafaela Júlia Batista **Veronezi**.

CONSTRUINDO SAÚDE, TRANSFORMANDO FUTUROS: AS CONQUISTAS DA SES-GO

Prezados leitores,

É com grande entusiasmo que apresentamos esta edição especial da Revista da Escola de Saúde de Goiás (RESAP), intitulada *Histórias de Sucesso da SES-GO*. Neste número, celebramos as conquistas que têm fortalecido o sistema de saúde pública em nosso estado, evidenciando o impacto transformador do trabalho realizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO) em parceria com suas diversas unidades e superintendências.

As páginas que seguem trazem um panorama inspirador das realizações que marcaram nossa trajetória recente. Um dos destaques desta edição é o projeto *CAREN: Otimização da Atenção Neonatal com Aprendizado de Máquina*, uma iniciativa inovadora que utiliza tecnologia de ponta para aprimorar o cuidado neonatal, demonstrando como a inteligência artificial pode salvar vidas e melhorar a qualidade do atendimento nos primeiros momentos de vida. Igualmente inspirador é o *Meu PEP e o Protagonismo do Paciente*, que promove transparência e empoderamento ao colocar o cidadão no centro da gestão do SUS, oferecendo ferramentas para um acompanhamento mais ativo e consciente de sua jornada de saúde. Esses projetos exemplificam o potencial da inovação tecnológica e da humanização para transformar a experiência de cuidado.

Além disso, celebramos o papel da educação permanente na consolidação dessas conquistas. O *Programa Mais Educação Permanente em Saúde (EPS)*, conduzido pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, tem sido uma estratégia essencial para o fortalecimento do SUS em nosso estado, capacitando profissionais e promovendo a atualização contínua de práticas que impactam diretamente a qualidade do atendimento. Essa iniciativa reforça como a formação e o aprendizado contínuo são pilares para a construção de um sistema de saúde mais robusto e preparado para os desafios do presente e do futuro.

Esta edição também destaca o papel crucial da regulação, da atenção integral e das políticas públicas na construção de um sistema de saúde mais equitativo. Histórias como a ampliação do acesso a cirurgias e a efetividade de comissões multidisciplinares de urgência nos lembram que, por trás de cada avanço, há profissionais dedicados e uma visão compartilhada de cuidado e responsabilidade social.

Ao reunir essas narrativas, a RESAP não apenas celebra o passado e o presente, mas também projeta um futuro de ainda mais conquistas. Que estas histórias inspirem novas ideias, fortaleçam parcerias e reafirmem nosso compromisso com a saúde de todos os goianos. Convidamos você, leitor, a mergulhar nestas páginas e se emocionar com o impacto de um trabalho feito com paixão e propósito.

Boa leitura!



*Todas as informações desta edição especial,
inclusive citações e referências, são de
responsabilidade exclusiva dos autores.*

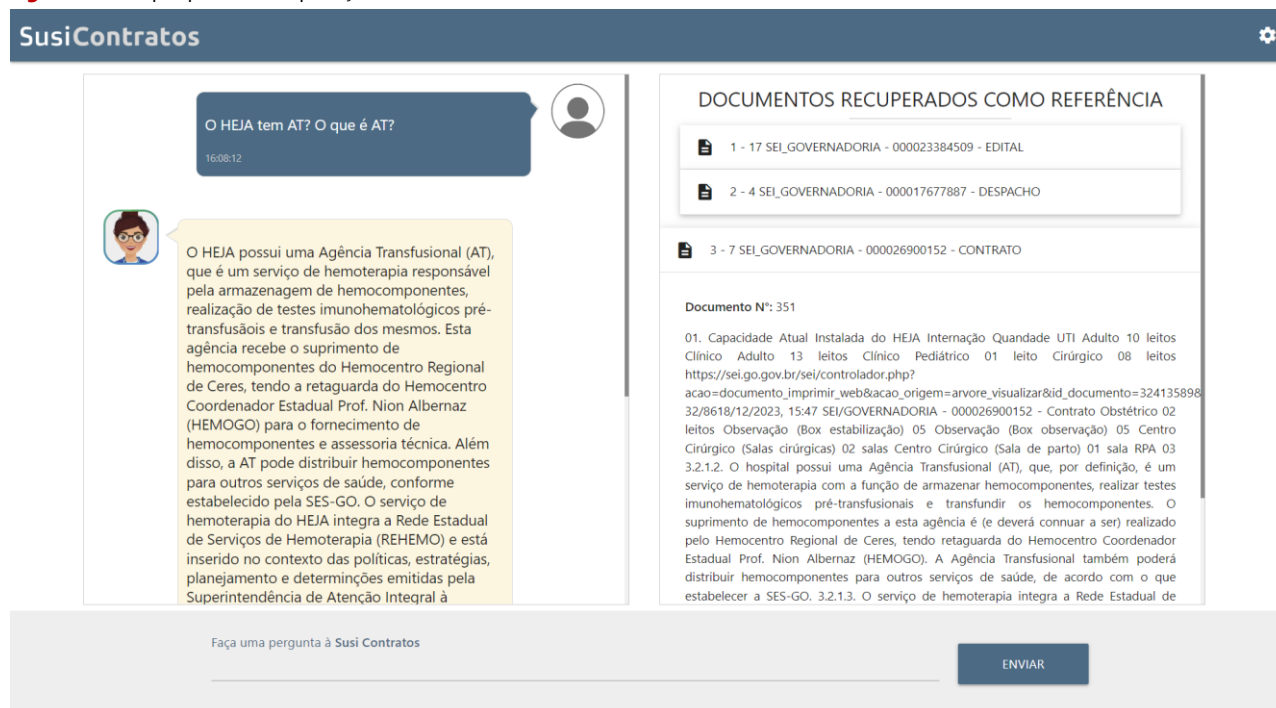
Publicado em 12/05/2025

A ASSISTENTE VIRTUAL SUSI E A INOVAÇÃO NO SUS

Pedro Manuel Rodrigues Lima **Moura**¹, Willian **Oliveira**², Matheus Saraiva **Alcino**², Wanderson da Silva **Marques**², Carlos Augusto Gonçalves **Tibiriçá**², Luiselena Luna **Esmeraldo**², Ana Carolina Rezende **Abrahão**²

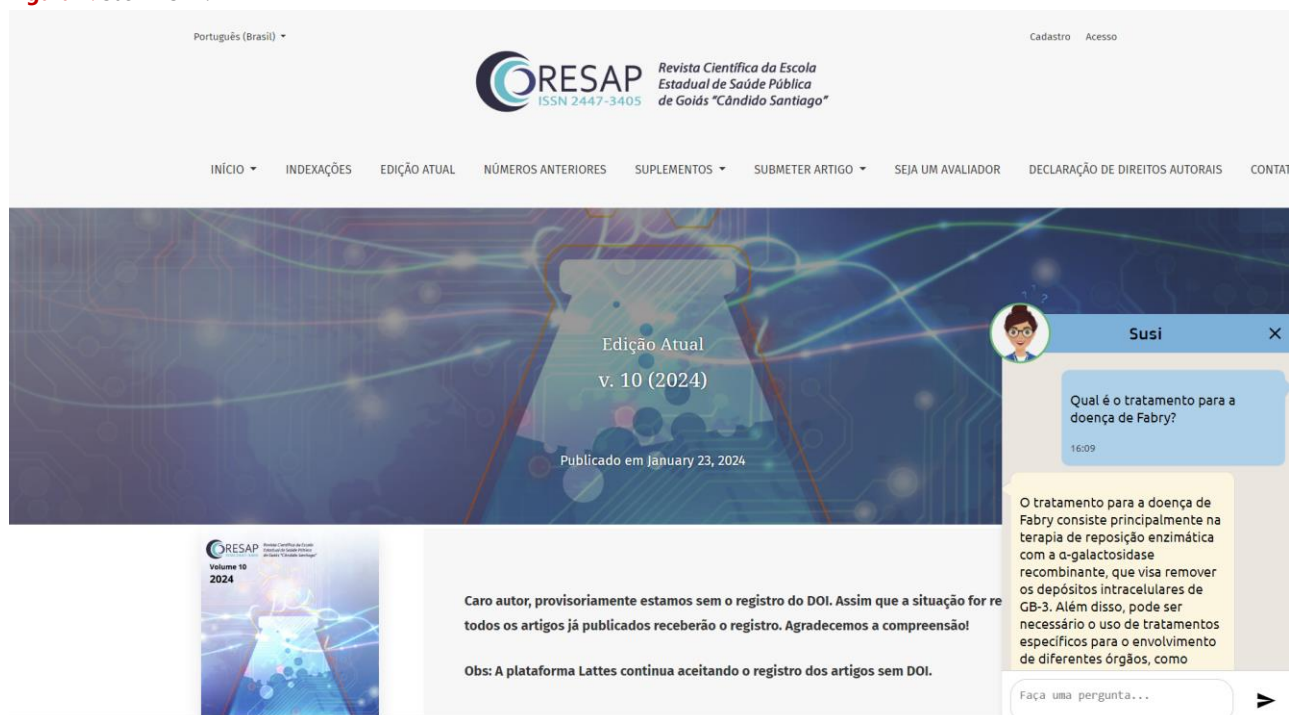
RESUMO

Introdução: A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) gera diariamente um volume significativo de informações não estruturadas, geralmente em formato textual, seja através de documentos oficiais, despachos, memorandos, e-mails ou outros registros textuais. Sem um mecanismo eficiente de organização e processamento deste volume de dados, a recuperação de informações úteis tanto para gestores de saúde pública, como também aos próprios usuários do SUS se mostra como um desafio, comprometendo a tomada de decisão e a qualidade dos serviços prestados. Na gestão de contratos, por exemplo, a necessidade de acessar documentos de forma ágil é crucial para atender exigências de órgãos de controle e elaborar relatórios gerenciais. No entanto, encontrar um dado específico pode levar dias, comprometendo prazos e impactando a tomada de decisões. Um problema semelhante ocorre na Escola de Saúde Pública, onde artigos científicos ficam espalhados por diversas edições de periódicos, dificultando a recuperação de informações sobre temas específicos. Para enfrentar esses desafios, foi desenvolvida a Susi, uma assistente virtual inteligente que utiliza modelos de linguagem de grande escala (LLM) e Recuperação Aumentada por Geração (RAG) para oferecer um acesso rápido e preciso às informações^{1,2}. Com a Susi, gestores, profissionais da saúde e cidadãos podem obter respostas instantâneas a partir de diversos documentos, com o devido controle de acesso à informações sensíveis, reduzindo significativamente o tempo de busca e aumentando a eficiência na tomada de decisões. Ao transformar grandes volumes de dados em conhecimento acessível, a Susi otimiza a gestão da informação e melhora a produtividade dentro da SES-GO. **Objetivos:** O projeto Susi tem como objetivos: facilitar o acesso a informações precisas e relevantes para gestores, profissionais da saúde pública e cidadãos, agilizar a busca por dados, permitindo tomadas de decisão bem informadas e em tempo hábil, contribuir para a democratização do conhecimento científico, tornando informações confiáveis, antes restritas a especialistas, acessíveis à população, aumentar a produtividade dos profissionais da SES-GO e promover maior transparência e acessibilidade a conteúdos de rigor científico e suas fontes. **Metodologia:** A Susi foi desenvolvida com uma arquitetura modular, estruturada em duas grandes etapas: pré-processamento e “recuperação/geração”, cada uma subdividida em módulos específicos. Esse design permite a extração, segmentação e indexação de documentos em PDF, viabilizando a recuperação e geração de respostas de forma eficiente e segura. A primeira etapa consiste na extração do conteúdo de documentos PDF para texto corrido, utilizando tecnologia de reconhecimento ótico de caracteres (OCR). Como o pipeline é modular, há flexibilidade para expandir o processo e incluir a extração de informações de imagens, sites e outras fontes. Após a extração, o texto passa por uma segmentação em múltiplas etapas. Primeiro, é dividido em sentenças; em seguida, um modelo de embeddings avalia a relação entre elas. Sentenças semanticamente conectadas são agrupadas em unidades coesas, enquanto as independentes iniciam um novo segmento, respeitando um limite de 500 caracteres por bloco. Esses segmentos são então indexados em um sistema de armazenamento de dados que conta com capacidades avançadas de recuperação de informações. Dessa forma, os documentos ficam prontos para a etapa seguinte. Quando um usuário faz uma pergunta, a Susi realiza uma busca nos textos indexados utilizando a distância cosseno para comparar a similaridade semântica para recuperar as partições mais relevantes³. Um classificador adicional reordena os resultados, priorizando as informações mais pertinentes ao contexto da consulta. Essa abordagem dupla de classificação aprimora a precisão da resposta final. Antes da geração da resposta um *rails*, isso é, um conjunto de protocolos de segurança utilizados para controlar o comportamento dos modelos de linguagem natural em larga escala, desenvolvido *in loco*, verifica se a pergunta infringe alguma regra de segurança⁴. Após essa validação, as informações recuperadas são utilizadas como contexto para que a LLM elabore a resposta ao usuário. É fundamental destacar que a precisão das respostas fornecidas pela Susi depende diretamente da base de conhecimento indexada. Portanto, é essencial que os documentos utilizados sejam cuidadosamente selecionados para garantir respostas informadas e confiáveis. Essa metodologia não apenas aumenta a utilidade da ferramenta em diversos setores da SES-GO, como também permite sua escalabilidade para diferentes contextos e necessidades. **Resultados e Discussão:** A arquitetura modular da Susi permite sua adaptação a diferentes aplicações, ajustando apenas a base de conhecimento acessada. Além disso, possibilita a implementação de controles de acesso para informações sensíveis, enquanto dados públicos podem ser disponibilizados livremente. Um dos principais exemplos dessa aplicação é a Susi Contratos, desenvolvida para atender às demandas da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão da SES-GO. Essa ferramenta agiliza a recuperação de informações sobre contratos de gestão hospitalar, permitindo que servidores realizem consultas diretas sobre contratos, organizações sociais e unidades hospitalares. Antes, a busca manual por essas informações poderia levar dias; agora, com a Susi Contratos, o processo ocorre em alguns segundos, otimizando tempo e recursos. Além disso, a solução facilita a prestação de contas aos órgãos de controle e a elaboração de relatórios gerenciais, promovendo maior transparência e eficiência na administração dos contratos de gestão, conforme evidenciado na Figura 1.

Figura 1. Exemplo prático da aplicação Susi Contratos.

Fonte: Os autores.

A Figura 1 mostra um exemplo de pergunta direcionada à Susi Contratos. Nota-se que a resposta é sintetizada no lado esquerdo, enquanto os trechos utilizados como referência são exibidos no lado direito da tela. Na Escola de Saúde Pública de Goiás, a Susi auxilia no acesso à vasta produção acadêmica publicada na RESAP (Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago"). Com uma base de dados consolidada, estudantes, pesquisadores e técnicos podem realizar buscas eficientes por artigos científicos, agilizando revisões bibliográficas e a exploração de temas específicos. Além de simplificar o acesso à informação acadêmica, a Susi estimula uma cultura de pesquisa dinâmica e colaborativa, fortalecendo o ambiente acadêmico e contribuindo para o avanço do conhecimento científico na área da saúde pública. Sua inclusão no endereço eletrônico oficial da revista foi realizada de maneira intuitiva, conforme mostrado na Figura 2.

Figura 2. Susi RESAP.

Fonte: Os autores.

A Figura 2 ilustra o funcionamento da Susi como uma assistente virtual no site da revista RESAP. Nesse contexto, optou-se por utilizar uma interface mais simples, de forma a não prejudicar a utilização do site em si. Além das soluções descritas acima, a Susi também está sendo integrada nos painéis de *Business Intelligence* (BI) da Gerência de Inovação. Para cada um desses, foi construída uma base de conhecimento com informações referentes aos indicadores disponibilizados, fontes de dados utilizadas, fórmula de cálculo, etc. Nesse contexto, a Susi contribui para facilitar o entendimento de informações que muitas vezes aparecem confusas para usuários leigos. Contribuindo ainda mais para a democratização da informação.

Considerações Finais: A adoção da Susi e suas aplicações trouxe uma série de benefícios para a SES-GO, facilitando a recuperação de informações em diferentes contextos. Sua capacidade de consultar uma base de documentos e fornecer respostas precisas em tempo real agiliza o acesso a dados essenciais, especialmente em áreas como a gerência de monitoramento e avaliação da execução dos contratos de gestão. Essa agilidade é crucial para tomadas de decisão rápidas e fundamentadas, permitindo que gestores e servidores atuem de forma mais eficiente no acompanhamento e na gestão dos contratos hospitalares. Além disso, a Susi se destaca como uma solução escalável e adaptável, atendendo a diversas necessidades da SES-GO, seja na gestão de contratos, no suporte à saúde pública ou na disseminação de conhecimento acadêmico. Sua versatilidade permite aplicações que vão desde a busca por informações específicas até a elaboração de relatórios gerenciais e a prestação de contas a órgãos de controle. Dessa forma, a Susi não apenas otimiza os processos internos da Secretaria, mas também fortalece a transparência, a eficiência e a gestão baseada em evidências, contribuindo para um sistema de saúde estadual mais dinâmico e bem estruturado.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em saúde; Inteligência artificial; Modelos de linguagem de grande escala; Recuperação de informação, Gestão de informação em saúde.

AFILIAÇÃO

1. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES-GO; pmanuel@minsait.com.
2. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES-GO;

REFERÊNCIAS

1. Yang A, Yang B, Zhang B, Hui B, Zheng B, Yu B, et al. Qwen2.5 Technical Report. *arXiv preprint* [Internet]. 2025 Jan 3 [citado 2025 Abr 4]; Disponível em: <https://arxiv.org/abs/2412.15115>
2. Lewis P, Perez E, Piktus A, Petroni F, Karpukhin V, Goyal N, et al. Retrieval-augmented generation for knowledge-intensive NLP tasks. *Adv Neural Inf Process Syst*. 2020;33:9459–74.
3. Cer D, Yang Y, Kong SY, Hua N, Limtiaco N, John RS, et al. Universal sentence encoder for English. In: *Proceedings of the 2018 Conference on Empirical Methods in Natural Language Processing: System Demonstrations*. 2018. p. 169–74.
4. Ayyamperumal SG, Ge L. Current state of LLM Risks and AI Guardrails. *arXiv preprint arXiv:2406.12934*. 2024.
5. Vaswani A, Shazeer N, Parmar N, Uszkoreit J, Jones L, Gomez AN, et al. Attention is all you need. *Adv Neural Inf Process Syst*. 2017;30.

A EFETIVIDADE DA COMPOSIÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA MESA REGULADORA DE INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA: UMA ANÁLISE CRÍTICA

Marly Maria de **Oliveira**¹, Daniele Marcelino **Costa**², João Paulo Silva do **Vale**³, Lorena Nunes **Mota**⁴, Luciano de Moura **Carvalho**⁵, Sérgio Alberto Cunha **Vencio**⁶, Rasível dos Reis **Santos Júnior**⁷

RESUMO

Introdução: As ações da regulação do acesso são operacionalizadas por meio dos Complexos Reguladores, os quais podem ter abrangência e estrutura em âmbito estadual, regional e municipal, conforme pactuação entre gestores. À Secretaria de Estado da Saúde compete a gestão e gerência do Complexo Regulador Estadual que, em seu escopo, atuará regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual, a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal¹. No que se refere às internações hospitalares e regulações de urgências, atribui-se ao Complexo Regulador a gestão da ocupação de leitos, o estabelecimento e execução dos critérios de classificação de risco e a execução da regulação médica do processo assistencial. O porte, a estrutura e a necessidade local definirão o quantitativo de recursos humanos dos Complexos Reguladores, que deverão dispor de profissionais capacitados, que serão responsáveis pela execução de ações específicas. A Série Pactos pela Saúde elenca três perfis profissionais que devem atuar junto às estruturas de regulação: o Coordenador, responsável por prover o funcionamento global da central de regulação, o Regulador, autoridade sanitária que avalia/autoriza os procedimentos e internações e o Atendente de Regulação/Videofonista, que realiza as funções administrativas e de atendimento em geral ao público interno e externo. Além destes, outros profissionais da área de suporte técnico e operacional são necessários para a estrutura de regulação². Nas Centrais de Regulação do Estado de Goiás, estes três perfis de recursos humanos são os mais comumente utilizados para a composição das mesas reguladoras de urgência. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada pela regulação estadual de urgências, a partir das mudanças nos processos de trabalho e nas formas de atuação dos profissionais, com foco na interação e gestão do acesso aos leitos de internação. **Descrição da Experiência:** a Gerência de Regulação de Internações - GERINT, vinculada à Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO, buscando aprimorar o processo de trabalho da mesa reguladora de internações e urgência, implantou em novembro/2023, o trabalho em equipe multiprofissional, agregando à equipe, profissionais da área de enfermagem. A mesa reguladora, que em sua formação prévia, era composta somente por profissionais médicos e por Técnicos Auxiliares de Regulação Médica - TARM, passou a contar também com equipe de técnicos de enfermagem e enfermeiros, o que possibilitou, à Regulação Estadual, o controle e o monitoramento dos leitos disponíveis, e consequentemente, a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade dos usuários, de forma mais célere e equânime. A experiência nasceu de um projeto de melhorias da Gerência, que foi previamente apresentado à alta gestão, e após aprovação, foi divulgado e orientado aos pares. Os profissionais da área de enfermagem já integravam o quadro de servidores desta Gerência, contudo as potencialidades destes profissionais eram subutilizadas. Operacionalizavam as atividades de regulação em ambiente distinto ao da mesa reguladora e mantinham comunicação ineficaz. Ao passo que o problema foi identificado, pensou-se na proposta das atividades de regulação de forma multidisciplinar, envolvendo adaptações no ambiente físico de trabalho, que pudessem reunir médicos, TARMs e os profissionais da enfermagem, em um ambiente único, como meio facilitador para a comunicação ativa e na mudança de paradigmas, para a evolução das práticas em regulação do acesso aos serviços de saúde. Esse processo representou um desafio frente às relações interpessoais da equipe, o que, por vezes, implicou em não adesão e baixa aceitação, entrave que somente foi superado no decorrer do processo e com o empoderamento de cada categoria profissional dentro de suas competências técnicas, mas também oportunizou a implementação de um outro projeto, ao qual denominamos de Regulação para o leito. Neste processo, em que a Regulação Estadual controla e monitora os leitos disponíveis, as equipes atuam de forma integrada e participativa. A solicitação para internação é cadastrada no Sistema de Regulação, passa pela avaliação, classificação e priorização do médico regulador, conforme protocolos clínicos e de regulação, e, em seguida, indica as prioridades ao profissional de enfermagem, que verifica a disponibilidade do leito mais adequado, conforme o agravo à saúde e aspectos de regionalização, procedendo à reserva e monitoramento deste leito até a sua ocupação ou não, cooperando para que não ocorra a ociosidade de leitos diante da alta demanda por internações. O déficit de profissionais também foi fator preponderante na implantação do projeto de trabalho multidisciplinar, contudo o projeto seguiu de forma gradual e evoluiu com o crescimento da equipe (figura 1). Para possibilitar o aumento da equipe, foi divulgada, junto às unidades da SES-GO, a oportunidade de trabalho para profissionais de saúde efetivos com interesse em atuar na regulação estadual, e por meio dessa captação de profissionais, foi possível o avanço do projeto, tanto da equipe multidisciplinar quanto do processo de regulação para o leito.

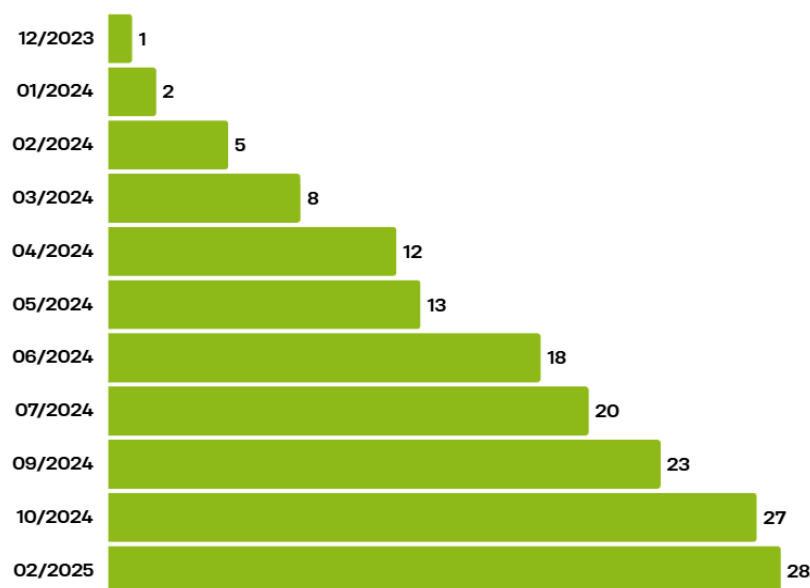
Figura 1. Composição da equipe estadual de regulação de internações, Goiás, Brasil, novembro de 2023 a fevereiro de 2025.



Fonte: Arquivo gestão de pessoas - Gerência de Regulação de Internações - GERINT/SES-GO.

Em novembro de 2023, o processo de regulação para o leito foi implantado em 1 (uma) unidade de saúde piloto e, atualmente, dentre 48 unidades de saúde de gestão estadual, o processo está implantado em 28 unidades (figura 2), ou seja, 58% das unidades de saúde sob gestão estadual tem a ocupação dos seus leitos sob controle e monitoramento da regulação estadual.

Figura 2. Número de unidades de saúde com processo de regulação para o leito implantado, Goiás, Brasil, novembro de 2023 a fevereiro de 2025.



Fonte: Arquivo documental - Gerência de Regulação de Internações - GERINT/SES-GO.

Considerações Finais: A evolução do processo, com a ampliação da equipe multidisciplinar, aliada à utilização de tecnologias de apoio à regulação, como sistemas informatizados e plataformas colaborativas com interoperabilidade, bem como a capacitação continuada das equipes, aprimoraram significativamente os processos de regulação de internações de urgência. A efetividade da equipe multidisciplinar na mesa reguladora de urgência empoderou a equipe de enfermagem, em seus valores e saberes no processo de saúde-doença, trazendo possibilidades de atuação no âmbito da regulação do acesso aos serviços de saúde. O papel do enfermeiro, devido às suas atividades privativas e competências de visão holística e análise crítica, foi fundamental como elemento norteador e orientador do processo. Os resultados positivos perpassam pelas adversidades da alta demanda e a ausência de serviços especializados em determinadas regiões, que influenciam diretamente no tempo de espera e na eficiência no uso dos recursos de saúde, contudo a busca por inovação deve ser uma constante no campo da promoção da saúde e resolutividade do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos serviços de saúde; Equipe multiprofissional; Ocupação de leitos; Sistema Único de Saúde.

AFILIAÇÃO

1. Enfermeira, Coordenadora de Monitoramento e Regulação de Internações - GERINT/SUREG/SUBPAS/SES-GO, marly.oliveira@goias.gov.br;
2. Enfermeira, Gerente de Regulação de Internações - GERINT/SUREG/SUBPAS/SES-GO;
3. Analista de Sistemas, Coordenador Administrativo - GERINT/SUREG/SUBPAS/SES-GO;
4. Enfermeira, Superintendente de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG/SUBPAS/SES-GO;
5. Enfermeiro, Subsecretário de Políticas e Ações em Saúde – SUBPAS/SES-GO;
6. Médico, Secretário Adjunto – GADJ/SES-GO;
7. Médico, Secretário de Estado da Saúde - GAB/SES-GO.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1559/GM/MS, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

A IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DA LGPD PARA A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS

Éder Luiz dos Santos¹; Luísa Sotério Di Lima²; Livia Oliveira Soares³

RESUMO

Introdução: A Lei nº 13.709/2018, ou Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), regula o tratamento de dados pessoais no Brasil, garantindo mais segurança e privacidade aos cidadãos. No setor da saúde, a aplicação da LGPD é ainda mais crítica, pois envolve o tratamento de dados sensíveis. Este artigo discute a importância da adequação da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) à LGPD, destacando os desafios, benefícios e impactos dessa legislação. A conformidade com a LGPD não apenas protege os direitos dos cidadãos, mas também fortalece a gestão pública, evita sanções legais e promove mais transparência. **Objetivos:** A LGPD surgiu como um marco regulatório essencial para garantir a privacidade e a segurança das informações pessoais dos cidadãos brasileiros. Com o objetivo principal de proteger os dados pessoais, a referida lei regula a coleta, o armazenamento, o tratamento e, principalmente, o compartilhamento dessas informações. No contexto da saúde, a era digital trouxe avanços significativos para a gestão da informação na saúde pública, mas também aumentou os riscos associados ao tratamento de dados pessoais. A adequação à LGPD é, nesse ambiente de constantes inovações, imprescindível para assegurar a proteção de dados dos pacientes, melhorar a transparência e evitar sanções legais. Este artigo tem como objetivo analisar a importância da LGPD para a SES-GO, destacando os principais desafios e benefícios de sua implementação. **Metodologia:** A metodologia adotada baseia-se em revisão bibliográfica de fontes jurídicas, acadêmicas e institucionais sobre a LGPD e sua aplicação no setor da saúde. **Resultados e Discussão:** O setor da saúde lida com um grande volume de dados sensíveis, incluindo informações sobre diagnósticos, exames e históricos médicos. Segundo a LGPD, dados sensíveis são aqueles que, se utilizados indevidamente, podem gerar discriminação ou impactos negativos aos indivíduos¹. Portanto, garantir a proteção dessas informações é uma obrigação legal e ética das instituições públicas. Além disso, trata-se de uma medida que protege as próprias instituições, pois a não conformidade com a legislação pode resultar em penalidades severas, incluindo multas e restrições operacionais, comprometendo a prestação de serviços à população. Na SES-GO, a implementação da LGPD foi iniciada em 2022 com a nomeação do Encarregado pela Proteção de Dados (DPO). Sua principal função é garantir a conformidade da organização com a LGPD. Além de orientar a organização e seus colaboradores sobre as práticas de proteção de dados, ele atua como ponto de contato entre a SES-GO, os titulares dos dados e a ANPD (Autoridade Nacional de Proteção de Dados), além de monitorar e assegurar a conformidade das operações de tratamento de dados pessoais. A Superintendência de Tecnologia, Inovação e Saúde Digital (SUTIS) da SES-GO também implementou medidas de segurança da informação para proteger os dados. A Governança de Dados foi fortalecida com a criação de uma equipe composta por um Gestor da Informação e profissionais da Gerência de Inovação (GEIN), responsáveis por desenvolver uma política de privacidade. Inicialmente voltada para os dados da GEIN, essa política vem sendo expandida para toda a SUTIS, definindo regras de compartilhamento e criando um catálogo de dados para centralizar informações, controlar acessos a bases sensíveis e classificá-las, evitando usos indevidos. Além disso, foi adotado um Termo de Confidencialidade nos contratos com terceirizados de tecnologia para proteger os dados acessados no exercício de suas funções. Além disso, a SUTIS, em parceria com a Gestão de Pessoas, estabeleceu um rigoroso controle de acesso, exigindo autorização expressa da área responsável para concessão e remoção de acessos, incluindo notificações automáticas em casos de desligamento ou afastamento de colaboradores. A adequação da SES-GO à LGPD proporciona diversos benefícios institucionais e sociais, entre os quais se destacam: Maior segurança e controle sobre os dados; a adoção de protocolos de segurança fortalece a proteção contra acessos não autorizados e vazamentos, assegurando a confidencialidade das informações dos pacientes. Conformidade legal e prevenção de penalidades: o cumprimento da LGPD evita penalidades legais e reforça o compromisso da SES-GO com a ética e a transparência na gestão dos dados. Fortalecimento da confiança e transparência para a população: a transparência no tratamento de dados aumenta a confiança dos cidadãos nos serviços de saúde pública, assegurando que suas informações sejam utilizadas de forma responsável. Eficiência na gestão de dados e processos: a implementação da LGPD incentiva a modernização dos sistemas de informação, reduzindo erros operacionais e aumentando a eficiência na administração dos dados. A implementação da LGPD na SES-GO reforça a segurança e a privacidade dos dados pessoais, alinhando-se aos princípios de transparência e publicidade estabelecidos pela Lei de Acesso à Informação². Como a LAI permite o acesso a informações públicas, exceto nos casos de sigilo para proteger dados pessoais, é necessário um equilíbrio na aplicação simultânea das duas leis, garantindo transparência sem comprometer a privacidade. Esse desafio é ainda maior na saúde pública, onde é preciso proteger a intimidade dos cidadãos e, ao mesmo tempo, promover o controle social das políticas públicas. A harmonização entre a LGPD com a LAI fortalece a governança da informação, contribuindo para a conformidade legal, a eficiência administrativa e o aumento da confiança da sociedade no poder público. **Considerações Finais:** A implementação da LGPD na SES-GO enfrenta desafios como a capacitação dos servidores, que exige treinamentos e conscientização sobre suas responsabilidades no tratamento de dados. Outro desafio é conscientizar a população sobre seus direitos de proteção de dados. Para isso, a SES-GO adota

estratégias de comunicação, como publicações no Instagram, políticas de segurança da informação e a divulgação do contato do Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais em seu site. A LGPD representa um avanço significativo na proteção de dados pessoais no Brasil. Sua implementação na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás é essencial para garantir a segurança e a privacidade das informações dos cidadãos. A adequação à legislação não apenas previne sanções legais, mas também fortalece a confiança da população nos serviços públicos de saúde. Para enfrentar esses desafios, a SES-GO deve investir em tecnologia, capacitação e boas práticas para garantir que os dados dos pacientes sejam tratados de forma ética e segura. Com isso, será possível garantir um sistema de saúde mais eficiente, transparente e confiável para todos os goianos.

PALAVRAS-CHAVE: Proteção de dados; Saúde pública; Segurança da informação; Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

AFILIAÇÃO

1. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Gabinete Secretário-Adjunto – GADJ; eder.santos@goias.gov.br
2. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Superintendência Tecnologia, Inovação e Saúde Digital – SUTIS
3. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Gerência de Governo Aberto – GEGAB

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos ao Secretário-Adjunto de Saúde, Dr. Sérgio Vencio, à Gerente de Governo Aberto, Livia Soares e Luísa Sotério, Técnica em Gestão Pública, pelo apoio e incentivo na realização deste artigo. Suas contribuições foram fundamentais para a compreensão do impacto da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, bem como para a construção de um sistema de saúde mais seguro e transparente para a população.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2018 [citado em 10 Feb 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm
2. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2011 nov 18 [citado em 2025 abr 04]; Seção 1:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm

A ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NO ESTADO DE GOIÁS: A EXPERIÊNCIA DO VIGITEL GOIÁS

Magna Maria de **Carvalho**¹, Selma Alves Tavares de **Oliveira**¹, Isabela Ghetti Macedo **Isaac**¹, Leilinéia Pereira Ramos de Rezende **Garcia**¹, Angélica Rodrigues **Fagundes**¹, Flúvia Pereira Amorim da **Silva**², Max Moura de **Oliveira**³

RESUMO

Introdução: A lei 8.080, de 1990, define a Vigilância Epidemiológica como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos¹. Portanto, compete aos serviços de vigilância monitorar a ocorrência e a tendência das doenças, agravos e seus fatores de risco, bem como os fatores determinantes e condicionantes desse processo, assim como promover medidas preventivas de doenças e agravos e que promovam a saúde das populações. Essas ações estão sustentadas dentro dos objetivos do desenvolvimento sustentável, os ODS². Desde o ano de 2006, o Ministério da Saúde realiza, anualmente, um inquérito de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nas capitais das 27 unidades federadas, o Vigitel Brasil. Os resultados desse inquérito têm sido importantes para monitorar a tendência dos fatores de risco no conjunto das capitais do país e para subsidiar a construção de planos de prevenção e controle dos fatores de risco no país³. Em Goiás, as primeiras iniciativas para a organização da vigilância de fatores de risco para DCNT datam de 1999, com a adesão do Estado à rede CARMEN da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e realização de inquéritos de fatores de risco nos anos de 1999 e 2004⁴. Essa iniciativa foi importante para a construção de políticas de enfrentamento. No entanto, sua descontinuidade não permitiu a consolidação de um sistema de Vigilância de fatores de risco para DCNT no Estado, além disso, o elevado custo financeiro de inquéritos domiciliares tem dado lugar a outras metodologias no Brasil. Em 2022, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) realizou o primeiro inquérito telefônico de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, o Vigitel Goiás, como estratégia para monitorar a tendência dos fatores de risco e proteção no Estado e nas cinco macrorregiões de saúde e subsidiar a construção do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado de Goiás. **Objetivo:** Descrever a experiência de realização do Vigitel Goiás como estratégia para a Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis no Estado. **Metodologia:** O Vigitel é um estudo transversal, de base populacional, desenvolvido através de entrevistas telefônicas, utilizando-se de telefonia fixa e móvel. As entrevistas foram realizadas de segunda a sexta-feira, das 9h às 21h, e aos sábados, domingos e feriados, das 10h às 16h. O estudo teve duração aproximada de três meses. A amostra compreendeu 5.000 indivíduos com 18 anos ou mais, residentes no Estado de Goiás, e foi estratificada por sexo, faixa etária, escolaridade e macrorregiões de saúde. O instrumento de coleta foi um questionário, baseado no mesmo utilizado pelo Vigitel Brasil, em 2019, e continha informações sobre identificação do indivíduo: idade, sexo, escolaridade, estado civil, peso, altura, gravidez; dados do consumo alimentar; fatores de risco e proteção: atividade física, tabagismo, uso de bebida alcoólica, direção e álcool; morbidade referida: hipertensão, diabetes, depressão; e uso dos serviços de saúde: autoavaliação do estado de saúde, uso de medicação, realização de exames de prevenção do câncer de colo de útero e de mama; vacinação contra COVID-19 e mudanças nos hábitos de vida pós pandemia. Para analisar os dados obtidos no inquérito, foram construídos pesos amostrais pelo método Rake, permitindo extrapolar os resultados para a população com e sem telefone. Foi elaborado e divulgado um relatório inicial com os primeiros resultados do Vigitel Goiás⁵. Para esse relatório foram construídas as prevalências dos fatores de risco e proteção por sexo, faixa etária, escolaridade e macrorregiões de saúde e seus respectivos intervalos de confiança. O primeiro relatório foi divulgado em alguns eventos e fisicamente para as regionais e outras entidades. A segunda edição do inquérito iniciou-se em janeiro de 2025 e a coleta de dados será concluída em maio de 2025. O segundo inquérito difere do primeiro em relação à estratificação e tamanho da amostra: serão 18.000 entrevistas estratificadas pelas 18 regiões de saúde do Estado e não mais pelas 05 macrorregiões de saúde, além da proporção de entrevistas entre telefonia fixa e móvel: 50% no primeiro inquérito e 80% X 20% (telefonia fixa e móvel respectivamente) no segundo, em função da queda de cobertura da telefonia fixa no país e no Estado. **Resultados e Discussão:** Os primeiros resultados do Vigitel Goiás mostraram uma elevada prevalência dos fatores de risco e baixa prevalência dos fatores de proteção no Estado⁵, comparadas aos resultados encontrados no Vigitel Brasil de 2023⁶ referente à capital Goiânia (Quadro 1). As diferenças nas prevalências dos fatores de risco e proteção por macrorregião de saúde reforçam a necessidade de produção de dados regionais/locais, pois os dados da capital não necessariamente refletem a realidade do conjunto do Estado. Além disso, os dados de 2022 representarão uma linha de base para o Sistema de Vigilância de Fatores de risco para DCNT em Goiás e a sua continuidade, com previsão de realização bienal, será fundamental para que o sistema de vigilância de fatores de risco se consolide no Estado. Outro aspecto diz respeito à importância dos dados do Vigitel para subsidiar planos de intervenção: em 2025, a SES, por meio de um termo de cooperação com Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), revisará o Plano Estadual Intersetorial para o Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), os dados gerados pelo Vigitel serão essenciais para o direcionamento das ações de vigilância, prevenção e controle previstas no plano.

Quadro 1. Prevalência de Fatores de risco e proteção. Vigitel Goiás, 2022.

Fator de Risco/Proteção	Prevalência %	IC	Fator de Risco/Proteção	Prevalência %	IC
Tabagismo	13,1	11,8-14,4	At. física tempo livre	36	34,2-37,9
Excesso de peso	57,3	53,3-59,2	Tempo tela >= 3hs diária	58,7	56,7-60,6
Obesidade	22,8	21,2-24,4	Uso abusivo bebida alcoólica	24,1	22,4-25,9
Consumo regular frutas e verduras	26,4	24,8-28,1	Condução de veículo após uso de bebida alcoólica	10,8	9,6-12,1
Consumo recomendado frutas e verduras	18,1	16,7-19,6	Hipertensão Arterial		
Consumo reg. feijão	74,4	72,6-76	Diabetes Mellitus	22,6	21,1-24,2
Cons. reg. Refrigerante	19,5	17,9-21,1	Depressão	6,4	5,7-7,3
Consumo de ultraprocessados	17,9	16,3-19,5	Realização mamografia nos últimos 02 anos	12,1	11-13,4
				67,4	62,6-71,9

Fonte: Os autores.

Os resultados do primeiro inquérito apontaram algumas prioridades de intervenção: O tabagismo – a alta prevalência teve uma forte contribuição dos cigarros eletrônicos, especialmente entre os jovens; o excesso de peso – que atingiu mais da metade da população; a substituição do consumo de alimentos tradicionais da culinária local pelos alimentos ultraprocessados e refrigerantes, especialmente na população mais jovem e nos grandes centros; o sedentarismo; o alto consumo de bebida alcoólica e a condução de veículo após o uso; e a dificuldade de acesso a exames de prevenção do câncer, como a mamografia, especialmente na região norte e nordeste do Estado⁵. **Considerações Finais:** O Vigitel Goiás mostrou-se, numa primeira análise, uma estratégia viável para o monitoramento de fatores de risco para DCNT no Estado. Os ajustes metodológicos realizados no segundo inquérito, como a estratificação da amostra pelas 18 regiões de saúde, permitirão uma análise mais específica dos dados e uma melhor priorização das intervenções mais próxima da realidade local e poderá consolidar o Vigitel como a principal estratégia de Vigilância de fatores de risco no Estado.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças não transmissíveis; Estudos transversais; Fatores de risco; Inquéritos epidemiológicos.**AFILIAÇÃO**

1. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás/Gerência de Vigilância Epidemiológica de Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, magnasuvisa@gmail.com
2. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás/Subsecretaria de Vigilância em Saúde
3. Universidade Federal de Goiás

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Estado da Saúde de Goiás pelo financiamento do inquérito e apoio e estímulo à consolidação da Vigilância de DANT no Estado. À Universidade Federal de Goiás pela parceria no planejamento e análise dos dados do inquérito.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Decreto 7.508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
2. Organização das Nações Unidas (ONU). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Brasília: Organização das Nações Unidas; 2021 [citado em 29 Set 2022]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
3. Malta DC, Silva MMA, Moura L, Moraes Neto OL. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2017;20:661-75. doi: 10.1590/1980-5497201700040009
4. Carnelosso ML, Barbosa MA, Porto CCP, Silva SA, Carvalho MM, Oliveira ALI. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010;15(supl. 1):1-9. doi: 10.1590/S1413-81232010000700014
5. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (GO). Inquérito de fatores de risco e proteção para doenças e agravos não transmissíveis e fatores de risco no Estado de Goiás em 2022 [Internet]. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; 2023. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/wpcontent/uploads/sites/34/file/boletins/vigitel/VIGITEL.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. 131 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf

AÇÕES DE INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIA E OS IMPACTOS NOS INDICADORES

Maria de Fátima **Rodrigues**¹, Glenda Batista de Almeida **Andrade**², Edel Maria de Lima **Silva**³, Alinne de Amorim **Pimentel**⁴, Magna Maria **Carvalho**⁵

RESUMO

Introdução: O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças e agravos de notificação compulsória¹. Entre os agravos, o registro das notificações de violência interpessoal/autoprovocada é obrigatório. Sua utilização permite o conhecimento da magnitude dos agravos de notificação, além de ser um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção e permitir que seja avaliado o impacto dessas ações^{2,3}. As notificações de violência passaram a integrar o SINAN em 2009. Elas são registradas por meio da ficha de notificação, que deve ser digitada no sistema pelos serviços responsáveis pela informação e/ou pela vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde (SMS)⁴. Para o monitoramento das notificações de violência e acompanhamento dos casos, foi criado um indicador no Programa de Qualificação de Ações de Vigilância em Saúde – PQAVS: indicador 14 – Proporção das notificações de violência interpessoal/autoprovocada com campo ‘raça/cor’ válida. Este indicador permite avaliar a qualidade da informação, por meio de análise de inconsistências e falta de completude, a fim de obter informações qualificadas que possam subsidiar os gestores na tomada de decisão quanto à intervenção de promoção de saúde, prevenção à violência e atenção às pessoas em situação de violência. Desta forma, fomentar a notificação de violência interpessoal/autoprovocada nos territórios e serviços de saúde silenciosos (que não possuem notificação de casos de violência) é essencial. Entretanto, uma base de dados de boa qualidade deve ser completa (conter todos os casos diagnosticados), fidedigna aos dados originais registrados nas unidades de saúde (confiabilidade), sem registros duplicados e seus campos devem estar preenchidos de forma consistente⁵. **Objetivos:** Relatar a experiência vivenciada por uma coordenação/Gerência da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás na implantação de ações de integração da vigilância de violência e descrever os impactos nos indicadores. **Descrição da Experiência:** A Coordenação Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)/Gerência de Vigilância Epidemiológica de Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde é responsável pela vigilância das causas externas (violências e acidentes) na Secretaria de Estado da Saúde. Faz parte de sua atribuição promover a implementação da notificação de violência interpessoal, bem como responder pela avaliação do indicador 14 do PQAVS. Assim, com o objetivo de reduzir os municípios silenciosos, de junho a dezembro de 2024, a coordenação VIVA passou a realizar uma ação integrada com as 18 Regionais de Saúde. A estratégia foi a participação dos técnicos do VIVA em todas as Comissões Intergestores Regional (CIR) realizada mensalmente por cada Regional. Em algumas Regionais de Saúde, por solicitação das mesmas, esses técnicos participaram também das Comissões Intergestores Macrorregional (CIM). Em cada CIR a equipe técnica realizou a apresentação do perfil epidemiológico das violências da região, estratificado por município, e evidenciou a população vulnerável e os municípios que não possuíam nenhum registro de violência no SINAN, mas apresentavam internações por violência. As internações por violência comprovam que, no território, ocorre violência, mas os casos não estão sendo registrados. Foi ressaltado que a ficha de notificação de violência é um disparador de processos, que serve para o atendimento dos casos de forma integral, bem como permite a organização de serviços, desenvolvimento de ações intersetoriais de enfrentamento a este grave problema de saúde pública. Nesta oportunidade, gestores e profissionais das vigilâncias municipais foram sensibilizados, para, junto com equipes da atenção básica, atenção secundária e urgência/emergência efetivarem a notificação das violências. A partir desta participação nas comissões, houve desdobramentos como a realização de capacitações nos municípios e reuniões específicas com Regionais de saúde e profissionais municipais tanto do setor saúde, quanto da assistência social, educação e segurança, contando com apoio da Regional de saúde e equipe VIVA. **Resultados e Discussão:** De junho a dezembro de 2024, esta ação de integração da vigilância de violência apresentou uma redução de 67% no número de municípios silenciosos, passando de 91 municípios em junho para 30 municípios em dezembro. Destacam-se as Regionais que apresentaram maior incremento na proporção de municípios que passaram a notificar as violências a partir da estratégia implantada: observam-se as Regionais Nordeste II (36%), Estrada de Ferro (33%), Central (30%), Oeste II (30%) e São Patrício I (30%). Sete Regionais (Entorno Sul, Nordeste I, Centro Sul, Serra da Mesa, Entorno Norte, São Patrício II e Sudoeste II), conseguiram garantir que todos os seus municípios registrassem notificações de violência. Quanto ao monitoramento do campo ‘raça/cor’ das notificações de violências, percebe-se que o trabalho realizado com as Regionais de Saúde foi exitoso, com uma melhoria de 61% na qualidade da informação. As Regionais que apresentaram maior aumento no número de municípios notificantes com o campo ‘raça/cor’ válido foram as Regionais São Patrício II, Rio Vermelho, Nordeste II e Centro Sul. Dessa forma, o estado de Goiás atingiu a meta de 99% na proporção de notificações com campo ‘raça/cor’ válido, no ano de 2024. A meta preconizada pelo PQAVS é 95%. As Regionais de Saúde Oeste I e Norte possuem todas as notificações de violências interpessoais/autoprovocadas com campo ‘raça/cor’ válido. Entretanto, possuem municípios silenciosos. **Considerações Finais:** A estratégia de trabalho com foco na regionalização

trouxe benefícios tanto para a Coordenação Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes quanto para os territórios, na medida em que aumentou o número de municípios notificantes e possibilitou que o estado atingisse a meta do PQAVS. Qualificou informações para subsidiar a tomada de decisão de gestores municipais quanto às intervenções de promoção da saúde, prevenção às violências e atenção às pessoas que sofrem violência. Esta integração de trabalho trouxe coesão do nível central com Regionais de saúde e municípios, aumentando a eficácia do processo de vigilância das violências. Acredita-se que a qualificação dos profissionais está diretamente ligada à obtenção de resultados positivos.

PALAVRAS-CHAVE: Monitoramento epidemiológico; Violência; Grupos raciais.

AFILIAÇÃO

1. Coordenadora de Vigilância de Violências e Acidentes/GVEDNTPS/SUVEPI/SUBVS/SES-GO. vivagoias@gmail.com.br
2. Apoio Técnico Especializado em Ações de Vigilância das Violências e Acidentes /GVEDNTPS/ SUVEPI/ SUBVS/SES-GO.
3. Técnica da coordenação de Vigilância de Violência e Acidentes/GVEDNTPS/SUVEPI/ SUBVS/SES-GO.
4. Técnica da coordenação de Vigilância de Violência e Acidentes/GVEDNTPS/SUVEPI/ SUBVS/SES-GO
5. Gerente de Vigilância Epidemiológica de Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/ SUVEPI/ SUBVS SES-GO.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Roteiro para uso do Sinan Net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de Indicadores Epidemiológicos e Operacionais. Violência Interpessoal / Autoprovocada. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
2. Malta DC, Reis AACD, Jaime PC, Morais Neto OL, Silva MMAD, Akerman M. Brazil's Unified Health System and the National Health Promotion Policy: prospects, results, progress and challenges in times of crisis. Cien Saude Colet [Internet]. 2018;23(6):1799-1809. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232018236.04782018.
3. Malta DC, Bernal RTI, Vasconcelos NM, Silva ICV, Prates MLS, Pinto IV, Lima CM. Fatores associados à notificação de violência entre adolescentes brasileiros, uma análise do SINAN. Cien Saude Colet [Internet]. 2025;30(1):e19872023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.19872023>.
4. Ministério da Saúde (BR). Viva: Vigilância de violências e acidentes: 2013 e 2014. Brasília: MS; 2017.
5. Sousa CMS, Mascarenhas MDM, Lima PVC, Rodrigues MTP. Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-2014. Cad Saude Colet [Internet]. 2020;28(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040139>.

ANÁLISE DE RISCO POTENCIAL: UMA EXPERIÊNCIA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Danniella Davidson **Castro**¹, Eliane Rodrigues da **Cruz**², Roberto Ribeiro **Magalhães**², Solange Maria de Castro **Montine**², Juliana Batista de **Noronha**², Morgana Souto **Pedrosa**², Neusa Alves **Pessoa**²

RESUMO

Introdução: O envelhecimento faz parte do ciclo de vida humana e traz modificações que podem comprometer a capacidade física, mental e a saúde do indivíduo. Diante desse quadro, a pessoa idosa pode apresentar incapacidades e/ou necessitar de auxílio em suas atividades diárias e precisar de cuidados. Nesse cenário, a busca por instituições de permanência para idosos surge como uma opção viável para essa parcela da população. Segundo a Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021, da ANVISA, as Instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) são “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas à residência coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania”¹. Assim como em outros serviços de interesse à saúde, as ILPIs enfrentam situações que podem representar riscos à saúde. A avaliação de fatores de risco para a saúde segue o conceito de vigilância sanitária (Visa), definido como: “conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde...”². Nesse contexto de atuação, as instituições de longa permanência para idosos fazem parte do rol de estabelecimentos e instituições fiscalizados pela vigilância sanitária. Compreende-se o risco potencial como a possibilidade de ocorrência de um efeito desfavorável, sem necessariamente descrever o efeito e sua probabilidade. A verificação do risco potencial pode ser um instrumento racional utilizado para delinear as decisões da Visa³. A fim de viabilizar a aplicação do conceito de risco potencial, Navarro³ desenvolveu o Modelo de Avaliação de Riscos Potenciais (MARP). Trata-se de uma metodologia qualitativa e quantitativa pela qual são estabelecidos e classificados indicadores de controle de riscos com base nas normas sanitárias aplicáveis à inspeção, pelas quais é possível mensurar o risco potencial para os serviços avaliados. Os indicadores definidos são quantificados em uma escala de zero (0) a cinco (5), na qual o zero representa a ausência ou o descumprimento total das normas para o indicador, e cinco apresenta excelência de qualidade assistencial para o indicador avaliado^{3,4}. Como parte do aprimoramento do MARP, foi desenvolvida uma nova tecnologia de inspeção: o Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI)^{3,4}. Em 2023, o ROI começou a ser utilizado pela vigilância sanitária para avaliação em Instituições de Longa Permanência para Idosos no Estado de Goiás, atividade que foi intensificada nos anos subsequentes. Em uma primeira etapa neste processo de aplicação do ROI, ocorreram reuniões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA-MS) com as Visas Estaduais para treinamento/capacitação por meio de aulas virtuais a respeito da operacionalização da ferramenta MARP/ROI. Em 2024, a equipe de Visa Estadual de Goiás capacitada, apresentou para a ANVISA-MS, em evento presencial, os primeiros resultados das avaliações de ILPIs com a utilização do ROI. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada pela Coordenação de Fiscalização e Monitoramento de Serviços de Interesse à Saúde da Gerência da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, com a utilização do Roteiro Objetivo de Inspeção. **Metodologia:** O estudo em questão é descritivo, no qual os dados utilizados foram coletados com utilização do ROI para ILPIs em inspeções realizadas pelos fiscais da Vigilância Sanitária Estadual, em instituições de longa permanência para idosos localizadas no Estado de Goiás. Foram consideradas as inspeções realizadas em 2023 e 2024 pela Vigilância Sanitária Estadual. Durante as inspeções, o ROI foi aplicado pelas equipes de fiscalização responsáveis. O ROI para ILPIs apresenta 37 indicadores, sendo 14 deles considerados críticos e 23 não críticos, os quais se referem a aspectos da estrutura física, dos recursos humanos e documentação das instituições. Esses indicadores são classificados em descrições retiradas das normas sanitárias aplicáveis à atividade e que compõem os instrumentos de inspeção (marcos regulatórios), e pontuados na avaliação/fiscalização, segundo essas descrições, de zero (0) a cinco (5), nas quais os indicadores são considerados aceitáveis a partir da pontuação três (3)^{3,4}. Os dados das avaliações realizadas por meio do ROI nas ILPIs fiscalizadas pela Visa Estadual de Goiás, no período indicado, foram lançados no sistema LimeSurvey, disponibilizado pela ANVISA. O sistema gerou um resultado para cada instituição, classificando-as em risco potencial Aceitável, Tolerável ou Inaceitável⁵. As ILPIs avaliadas neste estudo foram inspecionadas em dois momentos, razão pela qual os resultados das avaliações foram demonstrados para: primeira inspeção e monitoramento (apenas para as instituições já avaliadas na primeira inspeção). **Resultados e Discussão:** Na primeira inspeção foram avaliadas 42 instituições, das quais apenas 4 foram classificadas como riscos aceitáveis, 7 como riscos toleráveis e 31 como riscos inaceitáveis. Na fase de monitoramento, observou-se manutenção do resultado de avaliação das instituições classificadas como riscos aceitáveis e toleráveis, enquanto nos resultados para as ILPIs consideradas como riscos inaceitáveis (31 instituições), verificou-se que 18 passaram a ser classificadas como riscos aceitáveis. Embora não tenham sido verificados outros estudos com uso do ROI para fiscalizações em ILPIs, observamos que o uso deste roteiro foi considerado estratégico para outros tipos de ambientes na rotina das inspeções^{4,6,7}. O monitoramento das instituições, usando o mesmo instrumento, possibilitou aos fiscais verificar os indicadores quanto ao risco de forma mais objetiva, assim como o reenquadramento das ILPIs já avaliadas. **Considerações Finais:** O ROI, como instrumento de avaliação nas inspeções efetuadas pela Visa Estadual de Goiás, contribuiu para maior efetividade da avaliação do risco potencial nas ILPIs. O

dimensionamento dos riscos tornou possível a harmonização e a padronização da fiscalização e possibilitou uma operacionalização menos subjetiva. Faz-se necessário o contínuo monitoramento das instituições com o ROI para observar a dinâmica dos possíveis riscos e adequação das não conformidades encontradas em fiscalizações anteriores, como foi verificado neste estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Instituição de longa permanência para idosos; Vigilância sanitária; Medição de risco; Avaliação dos serviços.

AFILIAÇÃO

1. Superintendência de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador de Goiás / SES. danniella.castro@goias.gov.br
2. Superintendência de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador de Goiás / SES-GO

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n. 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado em 12 Feb 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf
2. Presidência da República (BR). Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1990 [citado em 13 Feb 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
3. Navarro MVT, Magalhães EA, Freitas L, Freitas VLSM, Kindermann C, Duarte LGC. Avaliação do risco potencial: da teoria à prática em Vigilância Sanitária. *Vigil Sanit Debate*. 2021;9(3):32-39.
4. Navarro, MVT. Avaliando o risco potencial. In: *Risco, radiodiagnóstico e vigilância sanitária* [Internet]. Salvador: EDUFBA; 2009 [citado em 11 Feb 2025]. p. 85-133. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/q5/pdf/navarro-9788523209247-07.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR), Agência nacional de Vigilância Sanitária. ROI: Instituição de Longa Permanência para Idosos- LimeSurvey [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. [citado em 13 Feb 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/projeto-de-melhoria-do-processo-de-inspecao-sanitaria-em-servicos-de-saude-e-de-interesse-para-a-saude/harmonizacao-de-roiteiros-objetivos-de-inspecao-roi/confirmaos-materiais-disponibilizados-roi-planilhas-sintese-e-links-de-limesurvey>
6. Costa ICS, Mattos GR, Braúna IL, Pinheiro JS, Souza LSN. Gerenciamento de resíduos de um serviço de hemodiálise na Bahia. *Rev Baiana Saude Publica*. 2023;47(4):309-318.
7. Dias LABD. Avaliação dos riscos potenciais sanitários nos serviços hospitalares da cidade de Manaus/AM. [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Instituto Aggeu Magalhães; 2023.

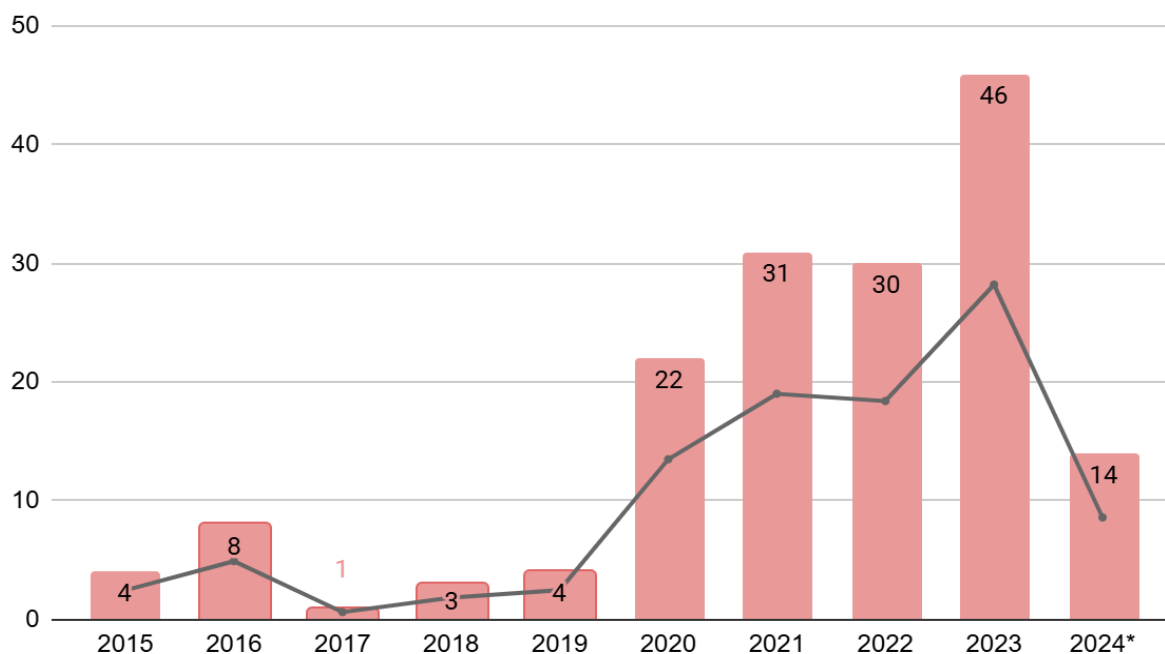
ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES E DAS TRABALHADORAS DO ESTADO DE GOIÁS

Ana Flávia Coutinho¹, Elise Alves Santos²

RESUMO

Introdução: O Brasil possui 20 milhões de pessoas com ansiedade e 12 milhões com depressão, correspondendo a 9% e 5,8% da população brasileira, respectivamente¹. Dentre as consequências dos transtornos mentais, o suicídio é a quarta causa de morte, e o Brasil está em 3º lugar em um *ranking* de 64 países com o pior índice de saúde mental. O trabalho é um fator importante e determinante do processo de saúde-doença de uma população. As condições e a forma como o trabalho se organiza incidem sobre a saúde e a subjetividade dos trabalhadores, assim como sobre o território em que está instalado. Portanto, além de compartilhar o perfil de saúde-doença de uma população em geral, em função da idade, gênero e grupo social específico, o perfil de saúde-doença dos trabalhadores é afetado pelas condições e pelo ambiente de trabalho. Em outras palavras, é possível dizer que o trabalhador pode adoecer e morrer em decorrência de causas relacionadas ao trabalho. Os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) são um dos agravos em Saúde do Trabalhador de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)². A Análise de Situação de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é uma ação de vigilância em saúde do trabalhador realizada pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que avalia o perfil sociodemográfico e produtivo, bem como as informações de morbimortalidade da população trabalhadora, possibilitando a compreensão e a intervenção oportuna nos problemas de saúde dos trabalhadores³. Considerando a relevância das questões de saúde mental na atualidade, este resumo trata da parte epidemiológica da Análise de Situação de Saúde Mental dos Trabalhadores e das Trabalhadoras no Estado de Goiás (ASSMTT-GO) realizada pelas psicólogas do CEREST Estadual. **Objetivos:** Descrever o perfil epidemiológico dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Estado de Goiás. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo, realizado a partir da análise do banco de dados de notificações do SINAN, de TMRT, de 2015 a 2024, do Estado de Goiás. **Resultados e Discussão:** No Estado de Goiás, entre de 2015 a 2024, foram notificados 163 casos de TMRT, dos quais 129 casos (88%) foram entre 2020 a 2023. A pandemia da COVID-19 pode ser um dos fatores que contribuíram para o aumento das notificações (Figura 1). A pandemia provocou um aumento mundial dos problemas de saúde mental, principalmente dos casos de depressão e ansiedade⁴. Dentre as notificações realizadas em municípios que possuem CEREST, 69 (42%) foram realizadas no município de Goiânia, 49 (30%) em Anápolis e 17 (10%) em Rio Verde. Embora em Goiânia se concentre a maior parte da população de trabalhadores do Estado, o fato de somente 58% das notificações terem sido feitas em outros municípios indica uma possível subnotificação dos casos ainda maior no interior. Dos casos de transtornos mentais notificados, 131 (80%) foram categorizados como do sexo feminino e 32 (10%) do sexo masculino.

Figura 1. Nº de notificações de TMRT, por ano, SINAN, Goiás, 2015-2024*.



Fonte: SINAN – 03/01/2025 *Dados sujeitos a alterações.

Essas informações podem estar relacionadas ao fato de as mulheres, ainda hoje, possuírem uma jornada de trabalho que se estende do horário de trabalho formal para as funções domésticas com maior frequência que os homens, fato fortemente relacionado a questões culturais. Outro fator a ser considerado na análise desses dados pode estar relacionado ao fato de que as mulheres buscam mais ativamente os serviços de saúde. Em relação ao campo 'ocupação', nota-se que a maior prevalência das ocupações está relacionada às áreas da educação e da saúde. Esse dado corrobora pesquisas realizadas com profissionais de saúde que prestam serviços de cuidado a outras pessoas e com professores que desenvolvem burnout na Europa, Estados Unidos e Canadá, além de, mais recentemente, na América Latina, tanto com abordagens epidemiológicas quanto qualitativas⁵. Quanto à situação no mercado de trabalho, 71 (44%) são servidores públicos estatutários e 57 (35%) têm empregos registrados com carteira assinada. Esse dado pode estar relacionado ao fato de que, tendo estabilidade no emprego, o servidor público estatutário sente-se mais seguro para buscar atendimento quando adoecido por causas relacionadas ao trabalho. No que concerne à especificação do tipo de transtorno mental relacionado ao trabalho, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), 84 (52%) das notificações foram do grupo de transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e a transtornos somatoformes (F40-F48), e 41 casos notificados (25%) foram do grupo de transtornos do humor (F30-F39). O baixo índice de preenchimento dos campos das fichas de notificação de TMRT, relativos à Classificação Nacional de Atividades Econômicas, ao Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) e ao item "se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho", prejudica a formulação de hipóteses acerca da organização do trabalho.

Considerações Finais: A ASSMTT é um instrumento essencial do CEREST para a vigilância em saúde e o planejamento de ações. A iniciativa do CEREST-GO na construção de uma Análise de Situação de Saúde focada na saúde mental dos trabalhadores é pioneira no Brasil e representa um avanço na vigilância desse campo, ao oferecer um mapeamento do cenário no Estado. A partir da descrição do perfil epidemiológico, nota-se uma subnotificação significativa dos casos de TMRT e um preenchimento inconsistente das fichas de investigação e notificação em Goiás. Essa constatação possibilitou o delineamento de novas ações para aumentar as notificações e tornar as intervenções em saúde mental dos trabalhadores(as) mais efetivas. Nesse sentido, um dos resultados da ASSMTT do Estado de Goiás foi a proposta de criação de novas ASSMTT pelas equipes responsáveis pela saúde mental dos trabalhadores, preferencialmente por psicólogos(as) dos CEREST Regionais e Municipal de Goiás, para 2025. Essa iniciativa fortalecerá a vigilância em saúde mental no Estado e permitirá uma melhor compreensão e intervenção nos problemas enfrentados pelos trabalhadores. Novas ASSMTT deverão ser realizadas anualmente para monitorar a efetividade das intervenções propostas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador; Transtornos mentais; Análise de situação de saúde; Vigilância em saúde.

AFILIAÇÃO

1. Psicóloga do CEREST-GO/GVAST/SVSAST/SES-GO nucleodepsicologiacerestgo@gmail.com
2. Psicóloga do CEREST-GO/GVAST/SVSAST/SES-GO.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado em 13 Nov 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 5.201, de 15 de agosto de 2024. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e modifica o Anexo XLIII à Portaria de Consolidação MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para revogar o item I da Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela. Diário Oficial da União, n. 159, Seção 1, p.127.c. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Intoxicação exógena, vigilância em saúde do trabalhador, violência interpessoal/autoprovoçada, cap.12. In: Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância em Saúde, vol. 3, 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. p. 701-704.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado em 19 Feb 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1>
5. Seligmann-Silva E. Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos. In: Rezende EA, Penido LO, Bojart LEG. Anais do 2º Congresso Internacional sobre saúde mental no trabalho. Goiânia: Cir gráfica e editora; 2007. p. 64-98.

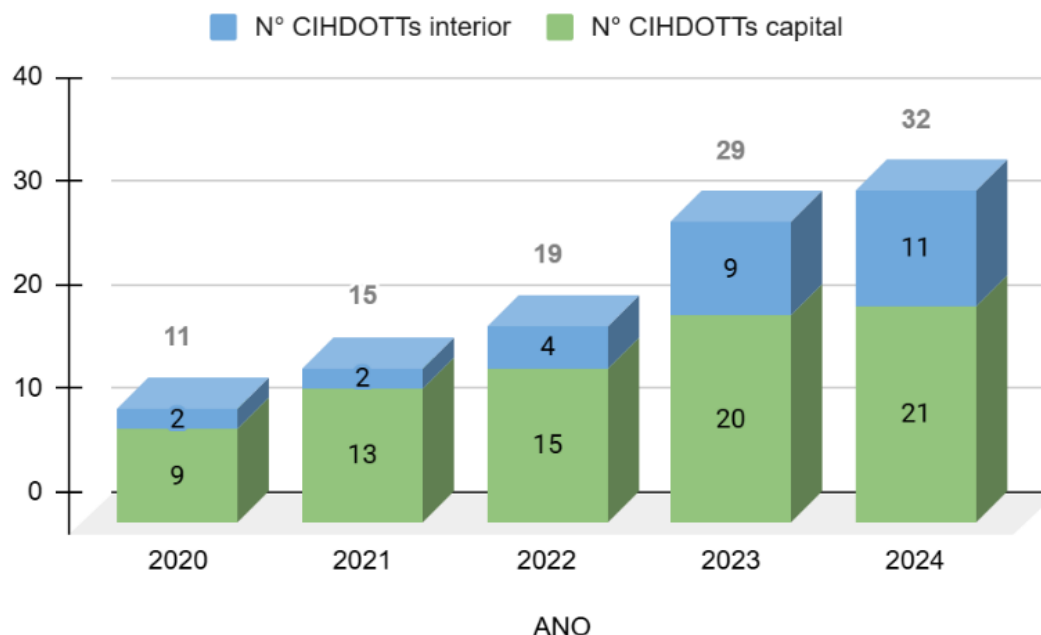
ANÁLISE DESCRITIVA DAS COMISSÕES INTRA-HOSPITALARES DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES EM GOIÁS: ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO E DESAFIOS

Eliana Nadim **Saba**¹, Leila Márcia Pereira **Faria**², Nathalia Carolyne Correia **Mendonça**³, Karla Gomes Rodrigues **Batista**⁴, Katiuscia Christiane **Freitas**⁵, Lorena Nunes **Mota**⁶, Luciano de Moura **Carvalho**⁷, Sérgio Alberto Cunha **Vêncio**⁸, Rasível dos Reis **Santos Júnior**⁹

RESUMO

Introdução: A doação de órgãos é uma estratégia utilizada para reduzir o tempo de espera na lista única de pessoas que aguardam por um transplante de órgão ou tecidos. Países como Espanha, Estados Unidos e Portugal se destacam pelas altas taxas de doadores e eficiência nos transplantes devido às campanhas massivas de conscientização e ao sistema de registro voluntário para doação¹. O consentimento é presumido em países da Europa, como Espanha, Portugal e França. No Brasil, a doação ocorre mediante autorização familiar, o que reforça a necessidade de campanhas de conscientização. Apesar de possuir o maior sistema público de transplantes do mundo, o país ainda enfrenta desafios para aumentar o número de doadores e reduzir o tempo de espera na lista única. A Portaria nº 2600/2009², que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, padroniza também os serviços das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTs), como promotoras do processo de doação e captação de órgãos nas instituições hospitalares. Em Goiás, até 2020, havia poucas CIHDOTTs credenciadas, fato que incentivou a Central Estadual de Transplantes (CET) a elaborar e executar um projeto de intervenção para implantação e implementação de mais comissões no Estado. **Objetivo:** Analisar a implantação, implementação e os desafios da CET no fortalecimento de CIHDOTTs nos hospitais do Estado de Goiás. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo, com análise de dados no portal oficial do Estado de Goiás, especificamente em: <https://goias.gov.br/saude/gerencia-de-transplantes/>. **Resultados e Discussão:** Houve crescimento contínuo no número de CIHDOTTs no período de 2020 a 2024 (Figura 1), com maior expressividade entre 2022 e 2023, quando o total de comissões passou de 19 para 29, um aumento de aproximadamente 45,3%. Em 2020, o interior do estado possuía dois hospitais com CIHDOTTs, enquanto a capital contava com 9 hospitais, correspondendo a 81,8% do total de comissões.

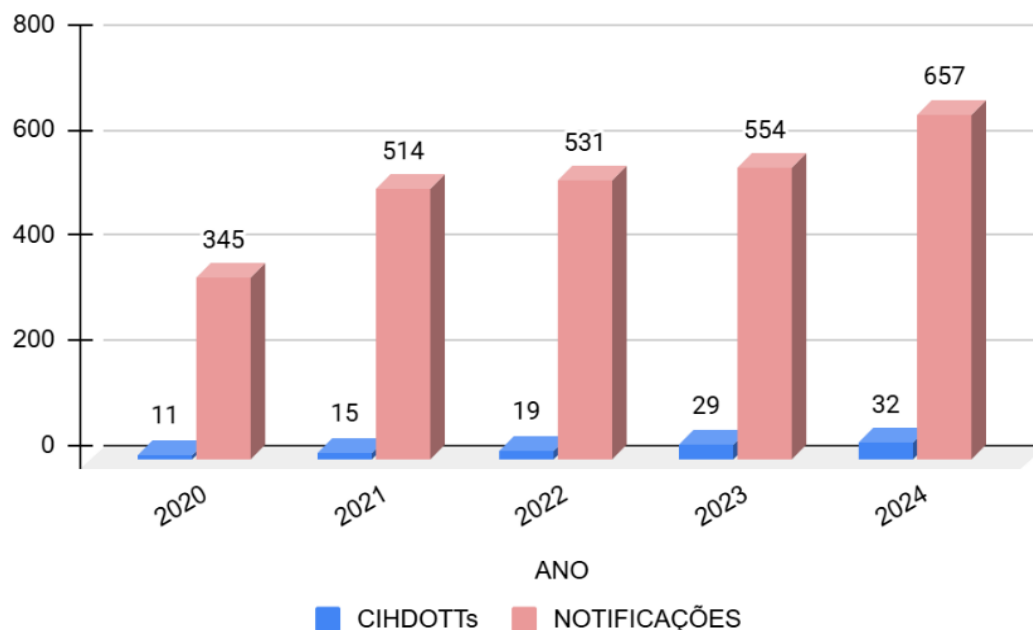
Figura 1. Número de CIHDOTTs implantadas e atuantes na capital e no interior do Estado de Goiás.



Fonte: Central Estadual de Transplantes, Goiás, 2020 - 2024.

Em 2024, observou-se um crescimento expressivo no interior, com a implantação de 11 novas comissões, enquanto a região metropolitana chegou a 21 comissões implantadas, reduzindo a diferença proporcional entre as regiões. A taxa de crescimento entre 2020 para 2024 foi de 190,9%, com uma expansão contínua nas cidades do interior e região metropolitana. No referido período, o total de notificações de morte encefálica teve um acréscimo (Figura 2) de 345 em 2020 para 657 em 2024, o que corresponde a um aumento de 90,4%.

Figura 2. Relação do número total de CIHDOTTs atuantes de acordo com o número de notificações de Morte Encefálica.



Fonte: Central Estadual de Transplantes, Goiás, 2020 – 2024.

Na análise da relação entre o número de comissões e as notificações de morte encefálica em 2024, observou-se que houve um aumento de comissões, no entanto, o número de notificações não acompanhou este crescimento, o que sugere uma necessidade de maior fortalecimento das comissões. O crescimento contínuo no número de CIHDOTTs refletiu um avanço significativo na estruturação da rede de oferta de órgãos e tecidos em Goiás, revelando as disparidades entre os hospitais do interior e região metropolitana e direcionando a CET nas intervenções para modificar a realidade. As mudanças ocorreram com a regionalização de saúde e o aumento das unidades hospitalares no interior do estado, somado ao incentivo e à assessoria da CET-GO para a implantação de novas comissões. As CIHDOTTs dos hospitais localizados no interior de Goiás foram capacitadas para executar todo o processo de doação e são apoiadas pelas Organizações de Procura de Órgãos (OPOs). A implantação e descentralização de novas comissões auxiliou no aumento das notificações, resultando em um marco importante no cenário de doação e transplantes de órgãos em Goiás. **Considerações Finais:** Os dados indicam crescimento significativo no número de CIHDOTTs ao longo dos últimos cinco anos, com uma aceleração evidente a partir de 2022. O número de notificações cresceu em um ritmo inferior ao da expansão das CIHDOTTs, indicando a necessidade de aprimorar os processos e de continuar investindo em capacitação profissional, melhoria na estrutura organizacional e ampliação de campanhas educativas.

PALAVRAS-CHAVE: Obtenção de órgãos e tecidos; Transplantes; Morte encefálica; Comissão; Notificação compulsória.

AFILIAÇÃO

1. Psicóloga. Auditora em Serviços de Saúde. Analista - GERTRAN/SUREG/SUBPAS/SES-GO; elianasaba@hotmail.com
2. Enfermeira. Analista - GERTRAN/SUREG/SUBPAS/SES-GO;
3. Enfermeira. Coordenadora de Descentralização e Articulação Intersetorial - GERTRAN/SUREG/SUBPAS/SES-GO;
4. Enfermeira. Analista - GERTRAN/SUREG/SUBPAS/SES-GO;
5. Enfermeira. Gerente de Regulação de Transplantes - GERTRAN/SUREG/SUBPAS/SES-GO;
6. Enfermeira. Superintendente de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG/SUBPAS/SES-GO;
7. Enfermeiro. Subsecretário de Políticas e Ações em Saúde - SUBPAS/SES-GO;
8. Médico. Secretário Adjunto - GADJ/SES-GO;
9. Médico. Secretário de Estado da Saúde - GAB/SES-GO.

REFERÊNCIAS

1. United Network for Organ Sharing. The OPTN/SRTR Annual Data Report [Internet]. U.S.A.: Scientific Registry of Transplant Recipients; 2021. Disponível em: www.optn.transplant.hrsa.gov
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União. 2009 out 30; seção 1:77-118. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

AVANÇOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NAS UNIDADES DE SAÚDE EM GOIÁS (1º DE JANEIRO DE 2020 A 31 DE JANEIRO DE 2025)

Patrícia Pereira de Oliveira **Borges**¹, Hertha Alfredo **Pinto**², Paula Cristina **Oliveira**³, Eliane Maria Gonçalves **Silva**⁴, Maria Divina **Alves**⁵, Cristina Luiza Dália Pereira Paragó **Musmanno**⁶

RESUMO

Introdução: A Lei nº 6.259, de 1975, define que as ações de Vigilância Epidemiológica (VE) envolvem informações, investigações e levantamentos necessários para controlar doenças e agravos à saúde, devendo ser aplicadas em todos os serviços de saúde qualificados, sejam públicos ou privados¹. A Lei nº 8.080, de 1990, inclui a VE no Sistema Único de Saúde (SUS) como um conjunto de ações para conhecer, detectar ou prevenir mudanças nos fatores determinantes de saúde, recomendando e adotando medidas de prevenção e controle². Em 2004, foi criado o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, consolidando a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, com o objetivo de otimizar as ações de VE nos territórios, descentralizando-as para o âmbito hospitalar por meio da implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE)³. Com o advento da pandemia da COVID-19, foi publicada a Portaria nº 2624, de 28 de setembro de 2020, instituindo recurso de custeio emergencial e temporário no valor de R\$ 300.000,00 para cada hospital que atendesse aos critérios estabelecidos na portaria, com o objetivo de fortalecer e ampliar as ações da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH) em todo território brasileiro⁴. Desde esse período, a área técnica estadual responsável pela implementação, assessoria, monitoramento e avaliação das ações de VE nas Unidades de Saúde (US) tem articulado com os gestores de saúde dos municípios a implementação do serviço, com a estruturação dos Núcleos de Epidemiologia nas unidades de saúde, sejam hospitalares, policlínicas ou Unidades de Pronto Atendimento. Os Núcleos de Epidemiologia nas US, são responsáveis pelas ações de VE e pela articulação e comunicação com os outros níveis de vigilância, municipais, regionais e estadual, ampliando a sensibilidade para a detecção, notificação e investigação das doenças/agravos/eventos de interesse à saúde (DAE) de notificação compulsória, contribuindo para a identificação na mudança do perfil epidemiológico das doenças emergentes e reemergentes nos territórios, além de serem fontes fidedignas de informações relevantes à tomada de decisão dos gestores de saúde⁵. A descentralização das ações de VE para as unidades de saúde é de suma relevância para a qualificação das informações epidemiológicas referente às DAE de notificação compulsória, bem como para oportunização das intervenções de saúde necessárias a cada cenário epidemiológico. A estratégia de descentralizar as ações de VE para as US contribui para a ampliação da capacidade de preparação e resposta às Emergências em Saúde Pública (ESP), atendendo, assim, ao Regulamento Sanitário Internacional – RSI/2005⁶. O ponto principal da descentralização das ações de VE para as US é a liberação dos acessos aos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) oficiais do Ministério da Saúde, para que os profissionais de saúde dos Núcleos de Epidemiologia nas US possam realizar o registro oportuno das notificações detectadas e investigadas nas unidades, proporcionando subsídios sobre a realidade local dos eventos de interesse à saúde, além de fornecer informações epidemiológicas fidedignas para a implantação de ações de prevenção, controle e mitigação dos riscos à saúde pública⁷. A descentralização das ações de VE para as US é de extrema relevância para aumentar a capacidade de preparação e resposta às doenças/agravos emergentes e reemergentes. **Objetivos:** Descrever os principais avanços da descentralização da VE nas US, por meio dos indicadores de representatividade e oportunidade de digitação, no período de 01 de janeiro de 2020 a 31 de janeiro de 2025. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa das informações referentes ao avanço das ações de descentralização da VE nas US. Com análise dos dados registrados pelos Núcleos de epidemiologia das US nos SIS, por meio da apresentação do número absoluto da somatória das notificações realizadas por ano do período do estudo, com filtro pelo CNES de cada unidades de saúde vinculada à RENAVEH em Goiás. **Resultados e Discussão:** O número de US com Núcleo de Epidemiologia implantado passou de 14 hospitais em 2020 para 72 unidades (hospitais, policlínicas, Unidades de Hemocentro e UPA) em 31 de janeiro de 2025, perfazendo um incremento de 414,29% em relação ao número inicial. Ante a relevância dos Núcleos de Epidemiologia na execução das ações de epidemiologia, é essencial o reconhecimento do Ministério da Saúde a esses serviços, visto o dinamismo na captação oportuna das informações, que serão fontes importantes na tomada de decisão dos gestores de saúde^{4,5}. Do total de 72 US com NE implantado, 87,5% dessas unidades possuem acesso aos SIS e realizam oportunamente os registros das notificações detectadas nas unidades de saúde. Em Goiás, o processo de descentralização dos Sistemas de Informação em Saúde acontece de forma gradual, com a articulação entre os serviços de Vigilância Epidemiológica municipal, regional e estadual, para que as ações sejam realizadas de forma qualificada e efetiva, sem prejuízos de informações e dados referentes às notificações das DAE. As ações multisetoriais harmônicas, intensas, contínuas e incisivas, que aprimorem o planejamento e fortaleçam a gestão de saúde nos municípios, podem torná-los mais preparados para enfrentar uma crise do porte da pandemia de Covid-19⁸. Quanto ao número absoluto de notificações realizadas nas unidades de saúde vinculadas à RENAVEH em Goiás no período avaliado, observa-se um total de 239.671 notificações realizadas e registradas nos SIS (SINAN NET, SINAN ONLINE, SIVEP-Gripe e E-SUS SINAN), com os seguintes totais por ano: 2020 - 32.821; 2021 - 46.284; 2022 - 46.829; 2023 - 46.284; 2024 - 63.082 e, em janeiro de 2025, já foram registradas

4.371 notificações. Nota-se um aumento de 192,20% no número absoluto de notificações realizadas e notificadas entre o ano de 2020 a 2024. As notificações realizadas e registradas no e-SUS notifica não foram somadas ao total apresentado no estudo, devido às especificidades técnicas do sistema e ao número expressivo de notificações registradas no período pandêmico, fatores limitantes para demonstrar o número de notificações realizadas e notificadas nas US dos casos suspeitos e confirmados de Síndrome Gripal suspeitas de COVID-19 ao longo do período avaliado. Autores afirmam em seus estudos que as ações realizadas pelos Núcleos de Epidemiologia nas unidades de saúde são relevantes para a preparação e resposta às situações de emergência, ressaltando que, apesar de não ser uma estratégia recente, foi apenas após a pandemia que recebeu notória visibilidade^{9,10}. **Considerações Finais:** A implementação de Núcleos de Epidemiologia, com a descentralização das ações de vigilância epidemiológica nas unidades de saúde, tem-se revelado como uma estratégia importante para os gestores de saúde, sejam os gestores locais (das US), ou os gestores municipais, regionais e estadual, pois a apresentação de dados e informações oportunas e de qualidade podem subsidiar as intervenções de saúde de forma efetiva para toda a população.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia; Vigilância epidemiológica.

AFILIAÇÃO

1. Coordenadora da Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Unidades de Saúde/GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO; patricia.borges@goias.gov.br
2. Enfermeira, Apoiadora Bolsista da OPAS/MS;
3. Técnica em Saúde da CVEHUS/GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO;
4. Técnica em Saúde da CVEHUS/GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO;
5. Auxiliar de Saúde da CVEHUS/GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO.
6. Gerente de Emergências em Saúde Pública/GESP/SUVEPI/SUVISA/SES-GO

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1975 [citado em 01 Mar 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm
2. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1990 [citado em 03 Mar 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
3. Ministério da Saúde (BR). Plano de Fortalecimento e Ampliação da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - RENAHEH - 2021 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2021 [citado em 10 Mar 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia-epidemiologica/plano_fortalecimento_ampliacao_renaveh_1ed-1.pdf/view
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2624 de 28 de setembro de 2020. Institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de vigilância, alerta e resposta à emergência de Covid-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado em 01 Mar 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2624_29_09_2020.html
5. Lima CRC, Piva SGN, Almeida ES, Almeida VM, Vilas Boas JM. Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica no Brasil: uma revisão integrativa de literatura científica. Rev Epidemiol Controle Infecç [Internet]. 2019 [citado em 03 Mar 2025];9(2). Disponível em: <https://doi.org/10.17058/reci.v9i2.12379>
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Regulamento Sanitário Internacional de 2005 [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2005 [citado em 04 Mar 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas [Internet]. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007 [citado em 01 Mar 2024]. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Aplicativos/sinan_net/Manual_Normas_e_Rotinas_2_edicao.pdf
8. Tasca R, Carrera MBM, Malik AM, Schiesari LMC, Bigoni A, Costa CF al. Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar. Saúde Debate [Internet]. 2022 [citado em 31 Mar 2025];46(spe1):15-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E101>
9. Caló RS, Bento IC. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NHE): o caso de Mato Grosso [Internet]. In: Anais do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2022. Salvador: NHE. Galoá; 2022 [citado em 02 Mar 2025]. Disponível em: <https://proceedings.science/abrascao-2022/trabalhos/nucleo-de-vigilancia-epidemiologica-hospitalar-nhe-o-caso-de-mato-grosso?lang=pt-br>
10. Elidio GA, Guilhem DB. 20 Years of the Health and Environmental Surveillance Secretariat: 19 Years of Hospital Epidemiological Surveillance. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2024 [citado em 02 Mar 2024];33:E20231407. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/fxvyTf95NC6QW3LqFQqw7K/?format=pdf&lang=pt>

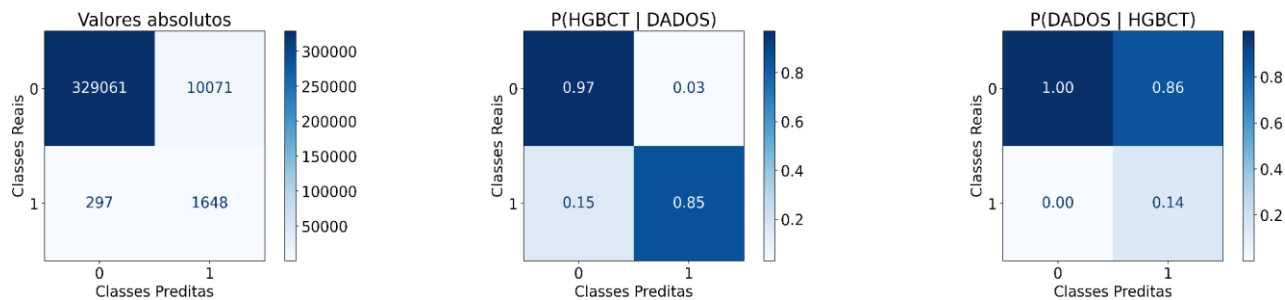
CAREN: OTIMIZAÇÃO DA ATENÇÃO NEONATAL COM APRENDIZADO DE MÁQUINA

Matheus Saraiva **Alcino**¹, Wanderson da Silva **Marques**², Carlos Augusto Gonçalves **Tibiriçá**², Pedro Manuel Rodrigues de **Moura**², Willian **Oliveira**², Luiselena Luna **Esmeraldo**², Ana Carolina Rezende **Abrahão**²

RESUMO

Introdução: Apesar da diminuição dos índices gerais de mortalidade infantil em Goiás nas últimas décadas, a redução nos óbitos neonatais não acompanhou o mesmo ritmo, refletindo limitações em saneamento básico, economia, educação e, crucialmente, nos serviços de saúde materna e neonatal, como o acesso inadequado a cuidados médicos. Nesse cenário, a Caren (Classificação de Atenção ao Recém-Nascido) surge como uma ferramenta promissora para combater a mortalidade infantil, que dá suporte a profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, gestores) e famílias usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A Caren utiliza inteligência artificial (IA) para estimar as probabilidades de óbito neonatal e, assim, direcionar a atenção médica de forma precisa e eficiente. A otimização da alocação de recursos escassos, principalmente a atenção de especialistas, garantindo a segurança de um maior número de neonatos, é uma das consequências da implementação deste projeto. A integração harmoniosa entre a democratização de recursos tecnológicos durante o acompanhamento pré-natal e a aplicação de ferramentas de IA se estabelece como uma estratégia promissora para melhorar a qualidade dos cuidados neonatais e otimizar a gestão de recursos públicos. A Caren, ao integrar-se ao sistema de dados dos recém-nascidos em unidades de saúde pública, analisa automaticamente informações essenciais registradas pelos médicos logo após o nascimento do bebê. Utilizando essas variáveis como entradas em seu modelo preditivo, a IA estima a probabilidade de óbito para cada recém-nascido. Além disso, a plataforma monitora os recém-nascidos internados, associando cada bebê ao seu leito hospitalar e atribuindo um nível de atenção médica proporcional ao risco calculado. Essa funcionalidade permite que os profissionais de saúde visualizem rapidamente o status de todos os recém-nascidos internados, com informações detalhadas e atualizadas, contribuindo para a alocação eficiente de recursos hospitalares e o ajuste do nível de cuidado às necessidades individuais de cada bebê. **Objetivos:** Auxiliar profissionais da saúde pública para identificar precocemente recém-nascidos em risco de óbito, direcionando a atenção médica de forma eficiente e personalizada, otimizar a alocação de recursos nas unidades de saúde pública, priorizando aqueles com maior risco, resultando em uma gestão mais eficiente de leitos e recursos humanos, reduzindo o desperdício e melhorando os resultados clínicos, e fornecer avaliações objetivas do risco neonatal e orientações de cuidado específicas, diminuindo a subjetividade nas decisões e agilizando o atendimento aos bebês. **Metodologia:** O cerne do projeto Caren é um modelo de classificação supervisionado, treinado com dados de diferentes fontes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)¹. O processo de criação do modelo preditivo envolveu diversas etapas cruciais. Inicialmente, as bases de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foram integradas. Esse processo exigiu técnicas avançadas de *linkage*, uma vez que tais bases de dados não possuem uma chave em comum suficientemente bem preenchida. Em seguida, foi definido um modelo de classificação binária para estimar as probabilidades de óbito de recém-nascidos, que são utilizadas para determinar os níveis de atenção necessários. A modelagem considerou o desbalanceamento natural dos dados, otimizando a utilização dos dados de óbitos durante a integração. Para equilibrar os dados de treinamento, foram empregadas técnicas de subamostragem da classe majoritária. Além disso, foram aplicadas técnicas de preenchimento de dados faltantes e codificação de variáveis categóricas, e preditores com baixa variabilidade foram removidos. Diversos modelos de classificação foram testados, e o classificador final foi aquele que se destacou pelo seu desempenho superior em relação às métricas adequadas a esta modelagem. Além disso, para a escolha do melhor classificador, priorizou-se um viés conservador para minimizar o risco de falsos negativos, ou seja, casos em que o modelo não prevê o óbito de um recém-nascido que está em risco. Esta é decisão fundamental, que visa evitar a subestimação da gravidade da condição de um recém-nascido em risco e garantir intervenções médicas adequadas. O modelo utiliza diversas variáveis preditivas, como o índice Apgar, jovialidade da mãe, sexo do bebê, tipo de parto, estado civil da mãe, peso do recém-nascido, total de filhos mortos da mãe, total de partos, idade gestacional, escolaridade da mãe, consultas pré-natal, tipo de gravidez, malformação, hospital de nascimento e classe Lubchenco^{2,3}. A arquitetura do projeto Caren envolve a automatização do processo de avaliação, o desenvolvimento de uma API (Application Programming Interface) para o cálculo do risco de cada recém-nascido e a criação de uma interface para o usuário final. **Resultados e Discussão:** Os resultados obtidos com a implementação da Caren evidenciam seu potencial como ferramenta inovadora para a gestão de cuidados neonatais. O modelo adotado, baseado no Histogram-based Gradient Boosting Classification Tree (HGBCT), demonstrou eficácia na identificação de recém-nascidos em risco, fornecendo estimativas que auxiliam na priorização do atendimento, conforme mostrado na Figura 1. No entanto, algumas limitações importantes devem ser destacadas. Primeiramente, a validade temporal das predições exige cautela. Os dados indicam que as probabilidades estimadas pelo modelo perdem acurácia ao longo dos dias, especialmente após o primeiro dia de vida.

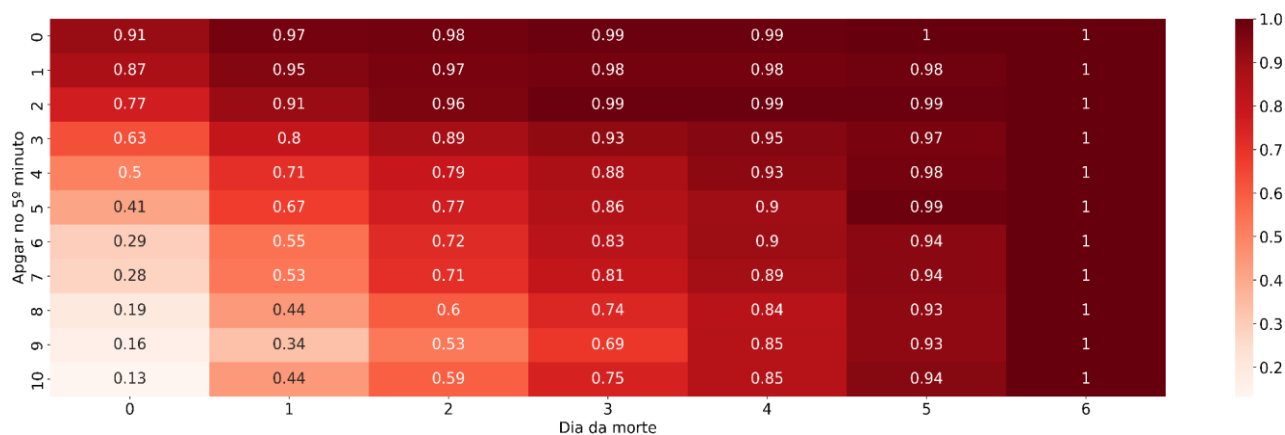
Figura 1. Matrizes de confusão obtidas durante a avaliação do classificador nos dados de teste.



Fonte: Os autores

A validade das previsões do modelo Caren foi avaliada por meio da relação probabilística entre o iésimo dia da morte de um recém-nascido e o índice Apgar no quinto minuto em um subconjunto de dados que contém apenas óbitos neonatais precoces³. Considerando apenas os recém-nascidos que vieram a óbito em algum momento dentro dos seis primeiros dias de vida, na Figura 2 é mostrada a distribuição acumulada da probabilidade de óbito para cada índice Apgar.

Figura 2. $P(d < D | \text{Apgar})$ - Distribuição acumulada de óbitos por dia e índice Apgar.



Fonte: Os autores

A dinâmica clínica dos recém-nascidos pode mudar rapidamente devido a fatores não contemplados pelo modelo, como infecções adquiridas no ambiente hospitalar ou complicações inesperadas. Assim, recomenda-se que as previsões sejam interpretadas como indicativas de risco imediato e reavaliadas periodicamente. Apesar dessa limitação, a Caren representa um avanço significativo na utilização de inteligência artificial para otimizar o atendimento neonatal. Seu impacto na alocação eficiente de recursos e na padronização da triagem de risco reforça sua relevância como uma solução promissora para a redução da mortalidade neonatal. Contudo, é essencial continuar aprimorando o modelo, expandindo sua base de dados e incorporando abordagens mais dinâmicas para atualização das previsões ao longo do tempo. **Considerações Finais:** A Caren representa um avanço significativo na utilização da inteligência artificial para aprimorar a gestão do cuidado neonatal em unidades de saúde pública. Ao integrar modelos preditivos ao processo de avaliação do estado clínico de recém-nascidos, a ferramenta possibilita uma alocação mais eficiente de recursos e um direcionamento mais preciso da atenção médica. A abordagem conservadora adotada no modelo busca minimizar erros críticos, priorizando a revocação para garantir que bebês em risco sejam identificados e recebam o suporte necessário. Por outro lado, ainda existem desafios para serem superados. A análise probabilística dos óbitos revelou que o estado clínico de um recém-nascido está sujeito a uma alta variabilidade. Dessa forma, as estimativas geradas pelo modelo possuem validade temporal de apenas um dia. Neste sentido, para trabalhos futuros sugere-se o uso de modelagens do campo não supervisionado, em especial os Sistemas Baseados em Regras Fuzzy. Tal sugestão tem como fundamento a sua robustez metodológica como também a não necessidade de uma base de dados rotulada para treinamento, o que permite o acompanhamento dos recém-nascidos ao longo dos seus primeiros dias de vida. Além disso, a qualidade e a integração dos dados de entrada, provenientes de bases do SUS, são aspectos que influenciam diretamente o desempenho do modelo e podem exigir aprimoramentos na coleta e padronização das informações. A Caren é uma ferramenta com alto potencial de escalabilidade uma vez que o treinamento do modelo utilizou dados públicos do Ministério da Saúde (DATASUS) e, além disso, não requer grandes recursos computacionais para sua implementação. Para que seu impacto seja maximizado, é essencial um acompanhamento contínuo da efetividade do sistema, além do desenvolvimento de estratégias para mitigar limitações e aprimorar suas capacidades preditivas. No longo prazo, a Caren tem potencial para se tornar um modelo de referência na

aplicação de inteligência artificial em saúde pública, contribuindo para a redução da mortalidade neonatal e para a modernização dos processos de cuidado hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Triagem neonatal; Evento com aparente risco de vida infantil; Inteligência artificial; Aprendizado de máquina; Saúde materna.

AFILIAÇÃO

1. Secretaria de Estado de Saúde de Goiás - SES-GO; msaraivaa@minsait.com.
2. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES-GO;

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
2. Cnattingius S, Johansson S, Razaz N. Apgar score and risk of neonatal death among preterm infants. N Engl J Med [Internet]. 2020 [cited 2025 mar 24];383(1):49-57. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1915075>
3. Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, Boyd E. Intrauterine growth as estimated from liveborn birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. Pediatrics. 1963;32(5):793-800. PubMed; PMID:14075621.
4. Chawla NV, Bowyer KW, Hall LO, Kegelmeyer WP. SMOTE: Synthetic Minority Over-sampling Technique. J Artif Intell Res [Internet]. 1 jun 2002 [citado 4 abr 2025];16:321-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1613/jair.953>

DESAFIOS E OPORTUNIDADES NO PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO MONITORAMENTO DA PRODUÇÃO ATRAVÉS DE *DASHBOARD* NAS UNIDADES DE GESTÃO ESTADUAL, DO ESTADO DE GOIÁS

Junelle Paganini **Lopes**¹, Alexandre Damaso **Costa**², Lorena Nunes **Mota**³, Luciano de Moura **Carvalho**⁴, Sérgio Alberto Cunha **Vêncio**⁵, Rasível do Reis **Santos Júnior**⁶

RESUMO

Introdução: *Dashboards* são ferramentas interativas de visualização de dados, com objetivo de prover meios de simplificar grandes quantidades de dados com o uso de representações visuais, que trazem informações resumidas da maneira mais eficiente possível¹. Tendo em vista a dificuldade de operar o sistema TABWIN, e na utilização não ser possível fazer a junção de vários dados, além de ser difícil a leitura e análise dos dados, surgiu a necessidade da criação de um *Dashboard*, com os dados do TABWIN, tornando a combinação de vários dados, visualmente semântico, proporcionando a monitorização e análise das métricas dos estabelecimentos estaduais. **Objetivos:** Descrever a construção de um *dashboard* que visa ajudar a compreender e analisar os dados de forma visual, auxiliando a otimização dos processos e acompanhamento da performance e evolução da produção ambulatorial e hospitalar dos estabelecimentos. **Descrição da Experiência:** Foi produzido um *dashboard* com dados oficiais do sistema TABWIN que permite o acompanhamento das informações de produção das Unidades de Gestão Estadual, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Os dados utilizados são importados dos arquivos baixados do site do Datasus², para produção Hospitalar (Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS), e de arquivos gerados pelo Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, para produção ambulatorial. Esses dados são convertidos e tratados em um editor de planilhas, sendo retirados os dados sensíveis, além de outros considerados desnecessários para o contexto, após isso esses dados são importados para uma plataforma de *Business Intelligence*, que combina a visualização interativa de dados, gráficos e tabelas para mostrar os indicadores e métricas. O *Dashboard* é enviado para uma plataforma *online*, onde é gerado um *link*, acessível a todos. **Resultados e Discussão:** O uso do *Dashboard* interativo, agrega, filtra e transforma os dados em informações compreensíveis, dando uma visão integral e um entendimento geral das causas e efeito, mostrando uma nova perspectiva, tornando as informações de fácil compreensão. É possível, com a utilização do *Dashboard*, visualizar a quantidade e valores de procedimentos apresentados, aprovados e rejeitados, bem como os motivos das rejeições, classificados por motivos de ausência e/ou divergência de informações no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES³, e ainda por motivos de orçamento, por motivos de capacidade instalada e por motivos de ausência de habilitação dos serviços de Saúde, como alta complexidade e outros. Com a construção do *Dashboard* os gestores da Secretaria têm melhorado os processos de atualização dos dados, melhorado a qualidade dos dados e subsidiado equipes internas da Unidade e da secretaria de Estado quanto à importância do processamento dessas informações para a tomada de decisões em Saúde. **Considerações Finais:** o *Dashboard* demonstrou versatilidade ao simplificar processos estatísticos e visualizações, facilitando a formulação de ideias e hipóteses, oferecendo informações claras e intuitivas, e tem possibilitado uma visão holística com visualizações e *insights* sobre as informações das produções hospitalares e dos ambulatorios dos estabelecimentos de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

PALAVRAS-CHAVE: Dashboard systems; Visualização de dados; Sistemas de informação hospitalar; Análise de dados.

AFILIAÇÃO

1. Biomédica. Gerente de Processamento da Produção/GEPP/SUREG/SUBPAS/SES-GO; junelle.lopes@goias.gov.br
2. Administrador e Analista de Sistemas. Coordenador de Processamento de Informações GEPP/SUREG/SUBPAS/SES-GO;
3. Enfermeira, Superintendente de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG/SUBPAS/SES-GO;
4. Enfermeiro, Subsecretário de Políticas e Ações em Saúde – SUBPAS/SES-GO;
5. Médico, Secretário Adjunto – GADJ/SES-GO;
6. Médico, Secretário de Estado da Saúde - GAB/SES-GO.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros JP, Nogueira MC. Construção de um dashboard para análise dos dados de câncer na Macrorregião de Saúde do Sudeste de Minas Gerais. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2023 [citado em 20 Fev 2025];69(4):e-124285. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4285>
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde; [2024]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>
3. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; [2024]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>

DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS PARA TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO PARA O ESTADO DE GOIÁS

Elise Alves Santos¹, Ana Flávia Coutinho²

RESUMO

Introdução: O Núcleo de Psicologia do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de Goiás (NP-CEREST-GO) desenvolve ações voltadas à saúde mental dos trabalhadores, como a construção e implementação de documentos de referência técnica-pedagógica, dentre eles, as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (DDT-TMRT) destinadas aos gestores e profissionais de saúde mental que atendem trabalhadores com suspeita de sofrimento psíquico ou TMRT. Este documento foi elaborado pelas psicólogas do CEREST-GO da Superintendência de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador da SES-GO, em parceria com outras instituições, no intuito de disponibilizar recomendações, baseadas em referências especializadas para o acolhimento, diagnóstico e acompanhamento de sujeitos com suspeita ou diagnóstico de TMRT. A validação do documento passou pelo processo de consulta pública que aconteceu no formato de oficina no dia 14 de agosto de 2018, reunindo 118 profissionais ligados ao campo da Saúde Mental e foi organizado pelo Cerest Estadual de Goiás. Após a publicação do documento pela Portaria Estadual N° 1.128/2018¹, como estratégia de divulgação do documento e capacitação sobre os TMRT, foram realizados encontros para profissionais de saúde das Macrorregionais e Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Goiás.

Objetivos: Disponibilizar o serviço de retaguarda especializada que oferece suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial para a atenção integral à saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, de vínculo público ou privado, formal ou informal, aposentado ou demitido, com base na própria definição do CEREST²; apresentar sobre a relação entre o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho e sua relação com o contexto pandêmico; e informar sobre a notificação dos TMRT no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Metodologia:** Após a elaboração e publicação das DDT-TMRT foram realizados, de 2020 a 2022, encontros virtuais e presenciais sobre as DDT-TMRT, com as 5 Macrorregionais de Saúde de Goiás (6 encontros com as Macrorregionais Centro-Oeste, Centro-Norte, Centro-Sudeste, Nordeste, Sudoeste) e com dez unidades da Rede de Atenção Psicossocial (8 encontros). Os encontros incluíram temáticas como: a saúde mental no trabalho como direito; o delineamento conceitual sobre transtornos mentais e sua relação com o mundo do trabalho; o nexos causal de TMRT; a atenção à saúde mental do trabalhador; as diretrizes para o cuidado em TMRT; a Vigilância em Saúde Mental do Trabalhador; e a notificação de TMRT. **Resultados e Discussão:** A elaboração das DDT-TMRT e a realização dos encontros para a sua divulgação foram importantes ferramentas de apoio matricial e de vigilância em saúde mental do trabalhador nos municípios goianos. Os encontros ressaltaram a importância da articulação das Regionais, da Rede de Atenção Psicossocial com os oito CEREST em Goiás (um CEREST Estadual, um CEREST Municipal de Goiânia, seis CEREST Regionais, com municípios sede em Ceres, Anápolis, Formosa, Rio Verde, Itumbiara e Aparecida de Goiânia), fortalecendo as ações de prevenção e cuidado no que concerne à saúde mental dos trabalhadores. Por sua vez, os participantes dos encontros fizeram importantes contribuições que incitaram a análise e o desenvolvimento de ações do Núcleo de Psicologia como: 1. A implementação das áreas de saúde do trabalhador nos municípios necessitam de estruturação e acompanhamento; 2. A falta de concurso público prejudica fortemente o avanço dos trabalhos; 3. A necessidade dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) começarem a notificar os agravos/doenças de saúde do trabalhador^{3,4}; 4. A necessidade das capacitações sobre o SINAN nos municípios da rede sentinela de cada Regional de Saúde; 5. A necessidade de redefinição da rede sentinela; 6. A avaliação da implantação de novos CEREST após a municipalização do CEREST Goiânia; 7. A necessidade do estudo e avaliação do Manual de Intervenção em Saúde Mental na Atenção Primária (MI mh GAP) com a supervisão pelo Núcleo de Psicologia e demais parceiros, especialmente sobre o "tratamento psicológico", item referido do Manual. Este último, culminou no esforço de resposta às decisões sobre o exercício da psicologia e sua exclusão da categoria na construção do MI mh GAP, ações que ainda precisam de posicionamento dos órgãos brasileiros, e, portanto, da participação dos órgãos de Referência em Saúde Mental e Trabalho do Estado de Goiás. **Considerações Finais:** A divulgação das DDT-TMRT tem gerado novas parcerias de articulação interinstitucional, trabalho este iniciado desde o começo de sua divulgação, em meio à pandemia. A realização dos Encontros foi um fator contributivo no aumento das notificações de TMRT nos anos seguintes. Além disso, a escuta dos profissionais de saúde nos Encontros possibilitou a aproximação da realidade de cada macrorregional, o que auxiliou no planejamento de ações do CEREST-GO. As DDT-TMRT continuam sendo divulgadas nos meios de comunicação da SES-GO.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador; Guias de práticas clínicas; Transtornos mentais.

AFILIAÇÃO

1. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás / Superintendência de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador / Gerência de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador / Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; nucleodepsicologiacerestgo@gmail.com

2. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás / Superintendência de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador / Gerência de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador / Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado da Saúde (GO). Portaria n. 1128 de 28 de dezembro de 2018. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. Diário Oficial do Estado de Goiás. 2019 jan 2;182(22.963):23.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.187, de 27 de dezembro de 2023. Define o cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), inclui e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Diário Oficial da União. 2023 dez 29;247(1):1015.
3. Secretaria de Estado da Saúde (GO). Portaria Nº 034/2006-GAB/SES-GO. Toma agravos à saúde do trabalhador, de notificação compulsória no âmbito do Estado de Goiás. Diário Oficial do Estado de Goiás. 2006 mar 27;169(19.855):4-5.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 5.201, de 15 de agosto de 2024. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e modifica o Anexo XLIII à Portaria de Consolidação MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para revogar o item I da Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela. Diário Oficial da União. 2024 ago 15;159(1):127.

ESTRATÉGIAS DE FINANCIAMENTO E MONITORAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DE GOIÁS

Nathália dos Santos **Silva**¹, Lucilene Santana Fernandes de **Paula**², Alexandra Lenina Falcão Moreno e Acelo **Nardini**², Airtton Ferreira dos **Santos Filho**², Rogério Bruzzi Ponce **Brom**²

RESUMO

Introdução: A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma estrutura componente do Sistema Único de Saúde (SUS) destinada ao acolhimento e ao cuidado de pessoas em sofrimento mental ou com necessidades decorrentes do uso nocivo de álcool e/ou outras drogas. Essa organização é uma dimensão técnico-assistencial importante para atenção a diferentes necessidades e complexidades de atenção à saúde. Desde a publicação da Lei antimanicomial 10.216/2001, a RAPS possibilita a estruturação de um modelo de cuidado aberto de atenção, preconizando a livre circulação das pessoas entre os serviços, seus amigos e familiares, sua comunidade e a cidade onde residem. É composta por um conjunto de componentes de serviços, equipamentos e estratégias variadas e integradas entre si, como: I. Atenção Primária à Saúde; II. Atenção Especializada; III. Atenção às Urgências e Emergências; IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório; V. Atenção Hospitalar; e VI. Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação. A mudança do modelo de atenção psiquiátrica para atenção psicossocial exige, dentre outras questões, o planejamento estratégico e o financiamento de ações e serviços atrelados à qualificação dos profissionais que neles atuam. A análise e o monitoramento do planejamento e implementação da RAPS são desafios importantes para identificar pontos de atenção em saúde mental e lacunas assistenciais do ponto de vista da oferta e das atividades que são desenvolvidas, estabelecer fluxos de cuidado, monitorar e avaliar o processo de implantação da rede e monitorar as ações realizadas pelos serviços da RAPS. Entretanto, é necessário definir indicadores para monitoramento de ação política, haja vista a baixa cultura de avaliação de indicadores e metas de produção de serviços de saúde mental. **Objetivos:** Apresentar estratégias de monitoramento e avaliação do recurso financeiro destinado à RAPS do Estado de Goiás. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência produzido pela equipe da Gerência de Saúde Mental, vinculada à Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO). Este relato compreende as ações de financiamento e monitoramento das ações desenvolvidas nos anos de 2023 e 2024. A estruturação da RAPS no Estado de Goiás iniciou-se no ano de 2002 e, atualmente, a rede é composta por 168 diferentes pontos de atenção, distribuídos em 18 regiões de saúde. **Resultados e Discussão:** Em abril de 2024, foi publicada a Resolução nº 048/2024 - CIB, que aprova o cofinanciamento da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Goiás, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite do Estado. Esta resolução é fruto da compreensão da SES-GO de que o aumento do financiamento da RAPS é imprescindível para a expansão da rede, considerando os vazios assistenciais. Para tanto, diversas reuniões no âmbito do grupo operacional da RAPS estadual e com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Goiás foram realizadas para discutir critérios, indicadores e metas de produção atreladas ao financiamento estadual. Foram propostos indicadores passíveis de serem monitorados em tempo oportuno para a gestão e, portanto, com dados disponíveis nos Sistemas de Informações existentes. Para monitorar e avaliar as ações definidas para fins de repasse de contrapartida estadual, a saber: Ações de Matriciamento de equipes de Atenção Básica, Ações de Articulação de Rede Intra e Intersetorial em Centros de Atenção Psicossocial, Ações de Acompanhamento do Serviço Residencial Terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial e Ações de Apoio ao Serviço Residencial de Caráter Transitório por Centro de Atenção Psicossocial e Taxa de Ocupação do Leito de Saúde Mental em Hospital Geral. Para operacionalização do monitoramento e avaliação, considerando a transparência e o tempo hábil no processamento dos dados, foi criado o Painel da Contrapartida da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Sendo assim, os gestores podem visualizar a análise dos dados processados, considerando o valor total disponível da contrapartida por município, por tipo de serviço e as metas atingidas no quadrimestre avaliado. Em consonância com essas estratégias, estão os indicadores que monitoram o Plano Plurianual (PPA) e o Plano Estadual de Saúde (PES), tais como: Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) adaptado¹; e Unidade implantada do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), em alusão à Política Antimanicomial do Conselho Nacional de Justiça². Todas essas estratégias de monitoramento são instrumentos de gestão da SES-GO e estão atreladas ao financiamento da RAPS. Por fim, destaca-se que, para o monitoramento e a avaliação das informações, será fundamental o investimento permanente em qualificação dos dados, evitando, assim, a subnotificação, sendo esta a principal limitação do processo³. Neste tocante, a qualificação dos profissionais vinculados aos serviços foi considerada pela equipe da SES-GO com o intuito de promover a produção de informações fidedignas e a consequente adequação do processo de trabalho nos serviços. **Considerações Finais:** O cofinanciamento da RAPS, atrelado ao alcance de metas de indicadores, é uma estratégia diferenciada no contexto da saúde mental, considerando a baixa cultura de avaliação por indicadores quantitativos nesta área. Vale dizer que não se desconsidera a necessidade de avaliações e análises qualitativas e interpretativas dos dados, mas as informações já produzidas pelo monitoramento dos indicadores quantitativos têm evidenciado necessidades, vazios assistenciais e de qualificação dos processos de trabalho dos serviços avaliados, além de ser um indutor de práticas psicossociais importantes no contexto da RAPS. Também tem sido um importante instrumento de sensibilização e solicitações aos gestores

municipais dos serviços para investimento nos serviços. Isto reforça a necessidade de ações de Educação Permanente em Saúde e Apoio Institucional junto aos trabalhadores da RAPS, tanto para a realização das ações quanto para o registro adequado e oportuno dos dados, contribuindo para a melhoria da informação para a tomada de decisões pela gestão dos serviços de atenção psicossocial, no fortalecimento e na reorganização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mediante a participação no financiamento da implantação e da implementação dos pontos de atenção à saúde mental. O painel da contrapartida da RAPS tem se mostrado uma ferramenta de Gestão potente para o monitoramento e avaliação.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de resultados em cuidados de saúde; Avaliação de processos em cuidados de saúde; Apoio financeiro; Gestão da informação.

AFILIAÇÃO

1. Gerência de Saúde Mental SES/GO; nathaliassilva@ufg.br.
2. Gerência de Saúde Mental SES/GO;

AGRADECIMENTOS

À equipe do Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde (Conecta SUS Zilda Arns Neumann) e à Superintendência de Tecnologia Inovação e Saúde Digital (SUTIS) da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020;36(4):e00049519. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>
2. Conselho Nacional de Justiça (BR). Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2023.
3. Silva ND, Camargo NC, Bezerra AL. Assessment of the procedures record by professionals of Psychosocial Care Centers. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2 abr 2025];71(suppl 5):2191-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0821>

FORTALECIMENTO DO ACESSO A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COMO RESULTADO DA IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXO DE AVALIAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA NO SISTEMA ESTADUAL DE REGULAÇÃO

Ellen Paula **Urzêda**¹, Cláudia de Gouveia **Franco**², Germana **Mahmud Ali**³, Lorena Nunes **Mota**⁴, Rasível dos Reis **Santos Júnior**⁵, Sérgio Alberto Cunha **Vêncio**⁶, Luciano de Moura **Carvalho**⁷

RESUMO

Introdução: A Política Nacional de Regulação (PNR), do Ministério da Saúde, foi instituída pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, tendo como objetivo organizar e aprimorar a regulação dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Ela visa otimizar a relação entre a oferta e a demanda por serviços de saúde, garantindo maior acesso e qualidade à população¹. No contexto do sistema de saúde brasileiro, a regulação assistencial desempenha um papel essencial na gestão e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) devem ser organizados, articulados e integrados conforme os níveis de complexidade, assegurando que os usuários tenham acesso aos cuidados de saúde sempre que necessário, com o objetivo de oferecer um atendimento abrangente e eficiente para toda a população². As filas de espera são comuns em sistemas de saúde com acesso "universal", como o SUS, funcionando como uma lista na qual os pacientes aguardam para receber tratamentos e serviços médicos. No Brasil, esse sistema enfrenta um grande desafio: a demanda por serviços de saúde, especialmente por cirurgias eletivas, frequentemente supera a oferta disponível, resultando em tempo de espera superior a dez anos. Esse longo tempo de espera é amplamente criticado devido aos impactos negativos na qualidade de vida dos pacientes³. A gestão da lista de espera é uma ferramenta crucial para garantir o tratamento oportuno e eficaz dos pacientes. Para isso, é fundamental que a lista seja atualizada, revisada e auditada regularmente, com critérios claros, baseados em protocolos assistenciais, visando reduzir o tempo de espera. As cirurgias eletivas, realizadas mediante agendamento e sem caráter de urgência/emergência, dependem da capacidade dos hospitais de equilibrar a oferta e a demanda. Esse equilíbrio está diretamente relacionado à qualificação das filas, à realização de investimentos no sistema público de saúde e à formação de redes assistenciais, entre outras estratégias bem-sucedidas⁴. **Objetivos:** Analisar o fortalecimento do acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos no estado de Goiás, com ênfase na implementação do fluxo de Avaliação Pré-Cirúrgica (APC) adotado no sistema estadual de regulação. O estudo visa compreender de que maneira a adoção desse fluxo tem contribuído para a organização e otimização do processo de triagem e encaminhamento de pacientes para cirurgias eletivas dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, busca-se esclarecer o processo de Avaliação Pré-Cirúrgica (APC) no fluxo de regulação de cirurgias eletivas no SUS, destacando as áreas envolvidas e os principais passos do processo de transferência de pacientes entre unidades hospitalares. Especificamente, pretende-se: explicar o conceito de Avaliação Pré-Cirúrgica (APC) e sua importância no processo de regulação de cirurgias eletivas; descrever o fluxo de regulação, desde a solicitação para o remanejamento até a homologação no hospital de destino; analisar os impactos desse fluxo na organização e na eficiência do atendimento às demandas de cirurgias eletivas dentro do SUS. Essa análise permitirá uma melhor compreensão dos efeitos da implementação do fluxo de APC na melhoria do acesso e na qualidade dos serviços prestados aos pacientes que necessitam de cirurgias eletivas, bem como os desafios enfrentados na efetivação desse processo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional e descritivo. Para a realização da análise, foram consultadas referências bibliográficas e documentais pertinentes ao tema, além de uma consulta ao sistema de regulação de cirurgias eletivas - REGNET, com foco nos aspectos conceituais e operacionais do desenvolvimento dessa política no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Resultados e Discussão:** A Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, por meio da Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas, implementou, em 2024, o fluxo de avaliação pré-cirúrgica (APC) através do Sistema de Regulação Estadual de Cirurgias Eletivas - REGNET, com a finalidade de garantir o acesso otimizado e eficiente dos pacientes aos procedimentos cirúrgicos, visando à melhoria na gestão e na regulação dos serviços de saúde no estado. O direcionamento para o fluxo de avaliação pré-cirúrgica ocorre quando o paciente, após consulta gerenciada pelo Sistema de Consultas - GERCON, necessita de um procedimento cirúrgico não disponível na unidade. A própria unidade efetua a inclusão do paciente no sistema REGNET/APC, o que assegura que a solicitação de cirurgia seja encaminhada à unidade da macrorregião que ofereça o procedimento necessário. A solicitação permanece na fila da unidade para a qual foi conduzida até que seja devidamente homologada pela mesma. Para a homologação, o paciente é encaminhado para uma primeira consulta, na qual o médico avalia e confirma a necessidade do procedimento cirúrgico. Caso a necessidade seja confirmada, a solicitação é homologada e, a partir desse momento, integra a fila da unidade. A confirmação da necessidade do procedimento cirúrgico é realizada com base na escala SWALIS (Surgical Waiting List Info System), que classifica as solicitações de cirurgias eletivas, estratificando os pacientes em cinco categorias distintas, com o objetivo de estabelecer a priorização na fila de espera. No modelo SWALIS, os cirurgiões atribuem níveis de urgência a cada encaminhamento de admissão, avaliando as condições clínicas do paciente no momento da avaliação pré-operatória. De forma concomitante, o sistema REGNET organiza essa fila, considerando a gravidade do quadro clínico durante o cadastro do paciente. Além disso, o sistema possibilita o monitoramento contínuo da evolução clínica dos pacientes por todos os profissionais

envolvidos no processo, garantindo, assim, um acesso equitativo e transparente aos serviços de saúde. A implementação do fluxo APC possibilita a identificação das estratégias de gerenciamento da regulação, no que concerne ao acesso do usuário aos procedimentos cirúrgicos eletivos no âmbito da macrorregião. Adicionalmente, viabiliza a análise da influência de tais ações no acesso dos usuários aos serviços de saúde. Dentre as melhorias mais significativas, destaca-se a supressão da necessidade de o paciente retornar ao município de origem para obter nova consulta e encaminhamento, obstando, dessa forma, o reinício do processo e o consequente retorno ao final da fila de espera. Desde que foi implantado o fluxo de Avaliação Pré-Cirúrgica, houve inserção de 4.883 solicitações no sistema REGNET. Esse volume de solicitações reflete a demanda por procedimentos especializados, com um aumento nas solicitações de transferências para hospitais com capacidade técnica para realizar determinado tipo de cirurgia. Todos esses pacientes não precisaram retornar ao município para o contrarreferenciamento. Tal fluidez favoreceu o acesso aos procedimentos cirúrgicos. **Considerações Finais:** A implementação do fluxo de Avaliação Pré-Cirúrgica no REGNET, tem se mostrado uma estratégia eficaz para fortalecer o acesso a cirurgias eletivas no estado de Goiás. Os resultados preliminares indicam que o sistema tem contribuído para a redução do tempo de espera, otimização do uso dos recursos e a melhora na gestão das filas de espera. Acredita-se que o fluxo APC possa servir de modelo para outros estados brasileiros que enfrentam desafios semelhantes na gestão do acesso a cirurgias eletivas. Com o aprimoramento contínuo do sistema e o investimento em novas tecnologias, é possível garantir que cada vez mais pacientes tenham acesso aos procedimentos cirúrgicos de que necessitam de forma rápida, eficiente e segura.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde; Regulação e fiscalização em saúde; Cirurgia eletiva; Rede de cuidados saúde.

AFILIAÇÃO

1. Fisioterapeuta. Gerente de Regulação de Cirurgias Eletivas/GERCE/SUREG/SUBPAS/SES-GO; ellen.urzeda@goias.gov.br.
2. Enfermeira. Coordenadora de Regulação de Cirurgias Eletivas/GERCE/SUREG/SUBPAS/SES-GO;
3. Nutricionista. Assessora Técnica da Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas/GERCE/SUREG/SUBPAS/SES-GO;
4. Enfermeira. Superintendente de Regulação, Controle e Avaliação/SUREG/SUBPAS/SES-GO;
5. Médico, Secretário de Estado da Saúde - GAB/SES-GO;
6. Médico, Secretário Adjunto – GAB-ADJ/SES-GO;
7. Enfermeiro, Subsecretário de Políticas e Ações em Saúde – SUBPAS/SES-GO.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar LDOFD. Regulação do acesso em saúde: uma análise das filas e o tempo de espera para consultas médicas especializadas no distrito federal [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2019. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34154>
2. Bittencourt RJ, Alonso RS, Rodrigues IB, Macedo E, Silva CC, Oliveira LV. Gestão de filas para cirurgias eletivas: overview de revisões sistemáticas. Bras Med. 2020;57:30-42.
3. Rocha L, Santos V, Belfort I. Espera inovadora [Internet]. 2019 [citado em 19 Jan 2025]. Disponível em: <http://repositorio.laboro.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/325>
4. Aguiar LOF, Lira ACO. Transparência no Sistema Único de Saúde: iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. Cad Ibero-Am Direito Sanit. 2018;7(2):1-14

GOIÁS RUMO À ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV: VIVÊNCIAS COM O PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO 2024

Luciene Siqueira **Tavares**¹, Ana Cristina Gonçalves **Oliveira**², Cássio Henrique Alves **Oliveira**², Janine Oliveira **Paula**², Luzia dos Santo **Oliveira**³, Cleópatra Sardinha da Costa Carneiro **Lima**⁴

RESUMO

Introdução: Eliminar a Transmissão Vertical (TV) de HIV se alinha ao que preconizam o Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, com critérios e indicadores para as ações de vigilância, prevenção e controle da TV. No Brasil, uma das respostas a esse compromisso é o Programa Brasil Saudável, que tem como objetivo a eliminação de doenças determinadas socialmente e infecções de transmissão vertical. Um de seus desdobramentos é o processo de Certificação de estados e/ou municípios com 100 mil ou mais habitantes, que atendem aos critérios e indicadores de impacto e de processo. A avaliação é anual e conta com investigação e dados epidemiológicos de gestantes e crianças expostas nos sistemas de informação do Ministério da Saúde. **Objetivos:** O presente relato busca descrever as experiências da Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás no processo de certificação ocorrido no decorrer do ano de 2024. **Relato de Experiência:** A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, através da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização, Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis, Coordenação de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis, aderiu ao processo de Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical no ano de 2022. Desenvolveu ações voltadas para a capacitação dos profissionais envolvidos nos eixos de Vigilância, Programas e Serviços, Diagnóstico e Direitos Humanos dos municípios do estado com mais de 100.000 habitantes. Observou melhora dos indicadores, de processo e de impacto, sanitização do banco de dados (redução das duplicidades, inconsistências e incompletude) e melhoria da comunicação com os serviços de saúde no território. Em 2022, foram contemplados com selos de boas práticas rumo à eliminação da TV da Sífilis, os municípios de Aparecida de Goiânia, Goiânia e Catalão. O município de Catalão recebeu em 2022 o Certificado de Eliminação da TV do HIV, categoria mais alta da premiação. No ano de 2023 o município de Trindade recebeu o selo de boas práticas rumo à eliminação da TV do HIV. No ano de 2024, foram contemplados com selos de boas práticas rumo à eliminação da TV da Sífilis, os municípios de Trindade e Anápolis. Os municípios de Anápolis e Rio Verde, foram contemplados com selos de boas práticas rumo à eliminação da TV do HIV e Jataí foi certificado com a Eliminação da TV de HIV. Além dos municípios contemplados, no ano de 2024, três unidades federativas foram certificadas: Goiás, Minas Gerais e Santa Catarina. Goiás recebeu o "Selo Prata de Boas Práticas Rumo à Eliminação da TV do HIV" por ter alcançado, em seu território, indicadores de impacto e de processo. O evento, de abrangência internacional, foi protagonizado por autoridades da saúde nacionais e internacionais, e o documento recebido das mãos da atual Ministra da Saúde em novembro de 2024. A busca em zerar os casos de transmissão vertical no estado é contínua, com a implantação de protocolos de testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites virais em todas as unidades de saúde, para aumentar a detecção de casos, não apenas em gestantes, mas na população em geral. Além disso, é realizada a supervisão dos municípios na execução das ações de vigilância de transmissão vertical de HIV (pré-natal, parto e puerpério, amamentação) com aplicação de Instrumento de Supervisão Anual. Foram realizados treinamentos voltados à vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), investigação de casos de transmissão vertical, indicadores de impacto e de processo da eliminação de transmissão vertical, dentre outros. A Coordenação Estadual de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis da Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis trabalha com a divulgação dos dados epidemiológicos de HIV, sífilis, hepatites B/C, Mpox, entre outras ISTs, por meio da elaboração e publicação de boletins, informes e painel eletrônico dinâmico. A periodicidade de elaboração dos documentos é anual (boletins epidemiológicos), mensal (informes epidemiológicos) e semanal (atualização do painel eletrônico). A divulgação de todos estes documentos ocorre no site da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, com acesso aberto aos profissionais e população em geral. A coordenação presta apoio técnico às 18 Regiões de Saúde e seus 246 municípios jurisdicionados, assim como aos elegíveis que fazem a adesão ao processo de Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatite B e/ou Selo de Boas Práticas rumo à Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatite B, gerido pelo Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e IST (DATHI). Ela também discute processos de trabalho em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e atua com os comitês/grupos de trabalho: Comitê Estadual de Investigação da Transmissão Vertical HIV/Sífilis e outras IST; Comitê Interfederativo de monitoramento das notificações de IST; Grupo Técnico de Vigilância em Saúde; Rede Alyne/Rede Cegonha. **Considerações Finais:** Intervenções profiláticas durante o pré-natal, parto, puerpério e amamentação reduzem o risco de transmissão vertical de HIV a menos de 2%. Essas intervenções estão disponíveis pelo Sistema Único de Saúde, ofertadas por meio de serviços de atenção à saúde da gestante, puérpera e da criança, bem como no conjunto às ações da vigilância em saúde. Contudo, diferentes aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais ainda dificultam o acesso dessas populações a tais medidas, em especial em condições socialmente determinadas. Nesse contexto, é preciso fortalecer as ações de garantia de acesso ao diagnóstico e tratamento, prevenção, vinculação e não perda de seguimento, notificação e aprimoramento dos sistemas de informações

e monitoramentos. Deve-se ter como norte que saúde vai além de um fato biológico e do emprego de esquemas de causalidade/epidemiológicos, pois também faz parte das relações do indivíduo em sociedade e do acesso às redes socioeconômicas e de serviços essenciais. Em outras palavras, o contexto social e a história de vida, tanto individual quanto da coletividade, influenciam positiva ou negativamente na saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Transmissão vertical; HIV; Determinação social da saúde.

AFILIAÇÃO

1. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; luciene.tavares@goias.gov.br
2. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;
3. Organização Pan-Americana da Saúde;
4. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: MS; 2022.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas. Brasília: MS; 2023.
3. Fendler FS, Melo JF, Gatti JC, Barbosa NP, Costa GA. Fatores associados à transmissão vertical do HIV nos últimos 10 anos no Brasil. *E-Scientia*. 2021;14(2).
4. Rocha PR, David HMS. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1).
5. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. Geneva: OMS; 2021.

IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL EM GOIÁS POR MEIO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL EM LIBERDADE – PAILI

Matheus Gomes **Ferreira**¹, Nathália dos Santos **Silva**², Celma Alves Martins **Damas**³, Maria Regina dos Reis **Dutra**⁴, Amanda Melo e Santos **Limongi**⁵

RESUMO

Introdução: O Programa de Atenção Integral em Liberdade – PAILI, até fevereiro de 2025 intitulado Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, desde 2006 é responsável por implementar o que institui a Lei Antimanicomial 10.216 de 2001 em Goiás^{1,2}. O estado desde então pôde abolir em seu território de abrangência a figura do manicômio judiciário em virtude da atuação do Programa. Em atenção aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, o PAILI acompanha as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei ou que manifestaram sofrimento mental no transcurso da execução penal, e que foram submetidas à Medida de Segurança no estado de Goiás. Com o PAILI, Goiás cumpre na totalidade as diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica, em relação à Medida de Segurança, tendo em vista que a Lei Antimanicomial visa humanizar o atendimento fora dos manicômios judiciais e as internações são somente previstas nos casos em que os recursos extra hospitalares não forem suficientes, preferencialmente, no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivos:** Apresentar, em linhas gerais, o trabalho do Programa de Atenção Integral em Liberdade, destacando seus êxitos e reconhecendo seus desafios, sobretudo após a Resolução do Conselho Nacional de Justiça – CNJ nº 487 de 2023 que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para sua implementação³.

Metodologia: Com base na cotidiana observação participante, isto é, de um testemunho interior aos processos pesquisados, construindo registros de campo e a partir de procedimentos de estatística descritiva, elaboramos as considerações e os dados apresentados no presente relato de experiência⁴. **Resultados e Discussão:** Por sua função articulatória, o PAILI constitui uma coordenação interior à Gerência de Saúde Mental (GESM) administrativamente submetida à Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS) e à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO). O trabalho da equipe do Programa consiste em executar as Medidas de Segurança (MS) no estado ao supervisionar seu cumprimento, prover suporte administrativo às unidades e aos atores vinculados à execução dessas sentenças, bem como oferecer amparo psicossocial aos pacientes judiciais a elas encaminhados. Sendo assim, o PAILI acolhe a demanda judicial dos casos, procedendo avaliação e acompanhamento jurídico, clínico e psicossocial, até a cessação de sua relação com a justiça, visando a não reincidência do ato infracional e sua inserção social. Visa, ainda, buscar a vinculação sociofamiliar do paciente judiciário para estabelecimento de vínculos para retorno ao lar, prestando apoio e esclarecimento. Também são objetivos do Programa realizar discussões de casos com a equipe das unidades de saúde responsáveis pelo atendimento; realizar atividades públicas de sensibilização; estabelecer parceria com instituições afins e promover discussões com peritos oficiais com o objetivo de fornecer informações que possam contribuir para a avaliação psicossocial. Pioneiro por trazer para o âmbito da saúde o que era anteriormente tratado na esfera judiciária, o PAILI, em seus mais de 18 anos de atuação, figura no cenário nacional como modelo para a implementação da política antimanicomial. O manicômio, por seu caráter e função, configura historicamente um dispositivo de segregação social utilizado para afastar aqueles considerados a-sociais do convívio com a comunidade ao lhes negar os acessos aos espaços de convivência coletiva⁵. Apesar de promover uma evidente e intolerável violação de direitos, a figura do manicômio e seus dispositivos congêneres ainda subsiste no cenário nacional como alternativa à lida com as demandas de saúde apresentadas por pessoas cujas condições psicológicas apresentam certo desalinho de acordo com os critérios diagnósticos da contemporaneidade. A esse respeito, o art. 26 do Código Penal Brasileiro (1940/2023) determina a isenção de responsabilidade penal àqueles acometidos por psicopatologias ou desenvolvimento mental incompleto que lhes subtraem inteiramente a capacidade de autodeterminação ou pleno entendimento do caráter ilícito do ato delitivo cometido, além da redução de pena àquele parcialmente acometido por tais condições (semi-inimputáveis). É inimputável, portanto, o sentenciado que, acometido pelas condições descritas, é eximido de culpabilidade e, assim, livre de responsabilidade penal. Sob essas determinações, aquele assim diagnosticado, havendo incorrido em prática delituosa, não cumprirá pena de caráter retributivo ou punitivo, mas uma sentença que objetiva proteger sua segurança, além de lhe reintegrar socialmente: a Medida de Segurança⁶. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, o destino que consistiria na reclusão dá lugar à possibilidade do cuidado junto à comunidade. Assim, o mesmo Código, em seus arts. 96 e 97, dispõe sobre as modalidades de cumprimento da sentença (MS) em causa, sendo internação e acompanhamento ambulatorial os dois regimes possíveis aos pacientes judiciais nessas condições⁶. Importa ressaltar, entretanto, que a Lei Antimanicomial derroga o Código Penal e estabelece a internação como possibilidade subsidiária, tornando o tratamento em regime de liberdade prioritário no contexto do cumprimento dessas sentenças. Em vista disso, a área técnica do PAILI, orientada pelo redirecionamento do modelo assistencial em saúde, trabalha na compreensão de cada caso em suas especificidades e busca identificar, no território de abrangência dos usuários, elementos para o cuidado em liberdade, recorrendo à internação quando não há, nesse perímetro, referências adequadas para manejo de crise ou em casos de implacável refratariedade às terapêuticas oferecidas pelas unidades ambulatoriais comunitárias disponíveis. Em fevereiro de 2025, apenas 11,63% dos usuários do PAILI encontram-se, ainda, em regime de internação provisória, ao passo que 67,75% dos

490 pacientes judiciários ativos permanecem em tratamento ambulatorial, referenciados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em demais ambulatorios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e, em menor proporção, em serviços particulares conveniados. 20,62% dos pacientes remanescentes que não estão hoje em tratamento nessas modalidades têm seu projeto terapêutico em andamento (16,2%) ou ainda não puderam ser localizados (4,42%) pela equipe do PAILI que segue empreendendo esforços para aproximar esses sentenciados dos serviços ofertados no âmbito do SUS. Além disso, o PAILI participa da construção e do contínuo ajustamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) proposto pelas equipes de saúde e assistência social dos 115 municípios do estado de Goiás com os quais atua o Programa em 2025. Outrossim, é atribuído ao PAILI a realização de articulação intra e intersetorial entre as diversas unidades do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), de acordo com as necessidades apresentadas pelos pacientes em MS e a integralidade do cuidado em saúde. A abordagem do Programa, no que diz respeito à participação no planejamento das terapêuticas adequadas, é multidisciplinar e divide-se em núcleos de competência em psiquiatria, psicologia, enfermagem e assistência social. Nesta perspectiva, durante mais de 18 anos atendendo a todas as demandas de MS em Goiás, o PAILI pôde diligenciar um total de 1.193 pacientes aos seus direitos civis e sociais, dos quais 565 tiveram suas MS extintas, encerrando suas pendências com a Justiça e com baixa taxa de reincidência em prática delitiva (cerca de 5%). Do total de pacientes já acompanhados pelo Programa, 11,56% faleceram durante o processo ou tiveram suas sentenças transferidas para outros estados nos quais comumente residiam sua parentela. **Considerações Finais:** O êxito alcançado pelo trabalho do Programa não diz respeito apenas a uma sugestão sobre modos de articulação entre diversas instituições do sistema público de saúde dirigida a um objetivo. A atuação do PAILI, no radical de sua base e de sua orientação ético-política, constrói a demonstração de que a humanização e o respeito à liberdade e à dignidade do paciente judiciário é o caminho pelo qual é possível um processo de reintegração social efetivo e emancipatório. O reconhecimento desse sucesso, por sua vez, não suspende a imprescindibilidade de que os desafios prementes da Luta Antimanicomial sejam reconhecidos. Vale dizer que, para a execução do trabalho realizado pelo PAILI é necessário uma RAPS ampliada e qualificada, sendo este o principal desafio para eficiência do programa. Com a publicação da Resolução CNJ n. 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, o programa deverá ser rediscutido para ampliação do escopo de atuação para considerar o curso do processo penal e ainda as situações no âmbito do socioeducativo. Ainda nesse sentido, recentes propostas e planejamentos de ampliação do Programa desenharam no horizonte a implementação de políticas públicas que proverão ao PAILI maior autonomia com seus processos de trabalho, além de sua instrumentalização com mais recursos materiais, técnicos e humanos. Sobretudo, necessário é reconhecer que o sucesso do tratamento em saúde não encerra as demandas desses pacientes judiciários cujas condições de adoecimento são sobredeterminadas por diversas vulnerabilidades sociais. Portanto, novas articulações intra e intersetoriais a fim de promover maior complementaridade entre políticas públicas em favor da manutenção e ampliação dos êxitos supramencionados se apresenta hoje como a mais importante tarefa para o Programa de Atenção Integral em Liberdade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Reabilitação psiquiátrica; Serviços de saúde mental; Política pública; Reforma psiquiátrica.

AFILIAÇÃO

1. Programa de Atenção Integral em Liberdade/SES-GO; gomes.acad@gmail.com
2. Gerência de Saúde Mental/SES-GO
3. Programa de Atenção Integral em Liberdade/SES-GO
4. Programa de Atenção Integral em Liberdade/SES-GO
5. Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SES-GO

AGRADECIMENTOS

À coordenação administrativa do PAILI que com diligência e sensibilidade têm zelado pela coesão da equipe e pelo legado histórico do Programa; à equipe do PAILI que luta pelos direitos e, em especial, pela liberdade de seus usuários.

REFERÊNCIAS

1. Ministério Público (GO). Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator. 3. ed. Goiânia: Escola Superior do Ministério Público de Goiás; 2013. Disponível em: https://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15_33_20_501_mioloPAILI_Layout.pdf. Accessed 2025 Feb 20.
2. Congresso Nacional (BR). Lei n. 10.2016, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Congresso Nacional; 2001.
3. Conselho Nacional da Justiça (BR). Manual da política antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução nº 487 de 2023. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Ministério da Saúde; 2023.
4. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional* [Internet]. 2021;17(48):60-77. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010/6134>
5. Paladino L, Amarante PDC. A dimensão espacial e o lugar social da loucura: por uma cidade aberta. *Cien Saude Colet*. 2022;27(1):7-16.
6. Senado Federal (BR). Lei n. 2.848, de 7 de setembro de 1940. Código Penal. 6. ed. Brasília, DF: Senado Federal; Coordenação de Edições Técnicas; 2023.

IMPLEMENTAÇÃO DAS CONTAS NA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL: CASO CONCRETO DE APRIMORAMENTO DE ACOMPANHAMENTO DO USO DO RECURSO PÚBLICO

Rafael Hirt¹, Diego Ribeiro Cordeiro², Wagner Assis Rodrigues³, Pedro Aquino Morais Júnior⁴

RESUMO

Introdução: A transparência na gestão de recursos públicos é um dos pilares fundamentais para garantir a correta aplicação do dinheiro destinado à saúde pública. **Objetivo:** O principal objetivo da implementação desse modelo é assegurar a transparência e a rastreabilidade dos recursos públicos, permitindo à Secretaria de Saúde um acompanhamento mais efetivo das movimentações financeiras. Essa iniciativa visa aprimorar a fiscalização e garantir maior controle sobre os valores repassados aos Contratos de Gestão, Termos de Colaboração e Termos de Transferências firmados para o gerenciamento das Unidades de Saúde. Além disso, busca-se fortalecer a governabilidade sobre os valores transferidos. **Metodologia:** Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) implantou um novo modelo de gerenciamento das contas correntes dos Parceiros Privados, firmando uma pactuação com a Caixa Econômica Federal (CEF), um banco público, para fortalecer a segurança e a eficiência na administração financeira. Dessa forma, as Entidades que firmarem parceria por meio de Contrato de Gestão ou Termo de Colaboração deverão, obrigatoriamente, operacionalizar os recursos repassados pelo Estado por meio da CEF. **Resultados e Discussão:** A metodologia adotada consistiu na criação de três contas bancárias na CEF para cada unidade de saúde vinculada aos Contratos de Gestão, Termos de Colaboração e Termos de Transferência. Essas contas são destinadas a: *Investimentos* - Exclusiva para repasses de recursos voltados a melhorias estruturais e aquisição de equipamentos. *Custeio* - Responsável pela movimentação dos valores referentes às despesas operacionais da unidade de saúde, como pagamento de fornecedores e manutenção de serviços. *Fundo Rescisório* - Conta específica para garantir a provisão mínima necessária para eventuais rescisões contratuais. Essa conta só pode ser movimentada mediante autorização expressa da Secretaria de Estado da Saúde (SES). A operacionalização desse modelo exigiu capacitação dos gestores das unidades de saúde e a implementação de um sistema de monitoramento em tempo real das movimentações financeiras. A implantação dessa metodologia trouxe impactos positivos na gestão dos recursos públicos. O controle em tempo real das movimentações permitiu uma fiscalização mais efetiva, reduzindo riscos e garantindo maior previsibilidade da saúde financeira das Unidades de Saúde. **Considerações Finais:** A segregação das contas correntes das Unidades de Saúde conforme a destinação dos recursos representa um avanço significativo para a governança pública na área da saúde. A iniciativa fortalece a transparência, aprimora a fiscalização e promove uma administração mais eficiente dos recursos repassados. A continuidade dessa política, aliada a melhorias contínuas nos sistemas de monitoramento, contribuirá para um modelo de gestão financeira mais seguro e confiável.

PALAVRAS-CHAVE: Transparência de gastos; Recursos em saúde; Despesas em saúde.

AFILIAÇÃO

1. Gerente de Modelagem/SUPECC/SUBPAS/SES. Rafael.hirt@goias.gov.br.
2. Assessor Técnico na Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios SUBPAS/SES.
3. Superintendente de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios SUBPAS/SES.
4. Assessor Técnico na Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde/SES

AGRADECIMENTOS

A Secretaria de Estado da Saúde agradece a todas as equipes envolvidas na implementação desse modelo de gerenciamento financeiro, bem como às entidades gestoras pela colaboração no processo de adaptação e operacionalização das novas diretrizes. A transparência e a eficiência na aplicação dos recursos públicos são compromissos essenciais para a melhoria contínua dos serviços de saúde prestados à população.

IMUNIZA GOIÁS – FERRAMENTA DE INOVAÇÃO E SUCESSO NA AMPLIAÇÃO DAS COBERTURAS VACINAIS EM GOIÁS

Joice Kellen Silva Santos Nogueira **Dorneles**¹, Carolina de Paula Nunes Barbosa **Quintão**²

RESUMO

Introdução: O aumento das coberturas vacinais tem sido um desafio constante para os serviços de saúde no Brasil e no mundo¹. Em Goiás, desde 2016, observa-se uma queda progressiva nos índices de vacinação, situação que se agravou durante a pandemia de Sars-CoV-2². Diante desse cenário, esforços vêm sendo empreendidos para identificar estratégias e ferramentas eficazes que auxiliem a gestão em saúde pública na ampliação das coberturas vacinais recomendadas para doenças imunopreveníveis. Este relato apresenta a experiência da implantação da ferramenta "Imuniza Goiás" nos 246 municípios do estado. Trata-se de um sistema de gestão que utiliza tecnologia de georreferenciamento para mapear crianças de 0 a 3 anos e adolescentes de 9 a 14 anos, possibilitando uma abordagem proativa na busca por indivíduos não vacinados. O objetivo é garantir a adesão ao calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI)³, promovendo a vacinação oportuna, a correção de cadastros e a atualização de registros. A ampla aceitação da ferramenta demonstra seu potencial para otimizar estratégias de imunização e pode servir de referência para o desenvolvimento de iniciativas semelhantes em outras áreas da saúde, contribuindo diretamente para o aumento das coberturas vacinais e a redução de doenças imunopreveníveis. **Objetivos:** Relatar a experiência no uso da ferramenta "Imuniza Goiás – Painel de Georreferenciamento do Calendário Vacinal de Crianças e Adolescentes", que tem como objetivo realizar a busca ativa de indivíduos com esquema vacinal em atraso ou não vacinados nos municípios do Estado de Goiás. A ferramenta oferece uma visão georreferenciada e apresenta dados pessoais de crianças e adolescentes, como nome, nome da mãe, data de nascimento e número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), além da situação vacinal (doses em atraso, previstas e administradas), os imunobiológicos aplicados, e informações de contato e endereço. O acompanhamento no âmbito deste projeto abrange crianças de zero a menores de três anos e adolescentes de nove a quatorze anos. A ferramenta permite que os municípios realizem a busca ativa e regularizem o esquema vacinal, contribuindo para a vacinação oportuna, a redução de doenças imunopreveníveis e o aumento da cobertura vacinal. **Metodologia:** O projeto foi implementado de forma estruturada e gradual nos municípios do Estado de Goiás. As informações apresentadas na plataforma provêm de um processo de integração e processamento de dados que envolve várias etapas: 1) identificação das crianças menores de 2 anos em cada município; 2) coleta das imunizações registradas no e-SUS APS (sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde), com dados extraídos do centralizador estadual do e-SUS APS; 3) leitura do calendário vacinal das crianças; 4) cruzamento dessas três fontes de dados, resultando na base consolidada do Imuniza Goiás. Todo esse processo é automatizado e ocorre diariamente, garantindo que os municípios tenham acesso a dados atualizados de forma oportuna, gráfica e de fácil navegação. Cada município tem acesso exclusivo aos dados do seu território. A plataforma permite, por meio de filtros, identificar a situação vacinal de cada criança, possibilitando a definição de estratégias de vacinação, ações de busca ativa e a organização da logística. O projeto envolveu a participação de profissionais de saúde, como enfermeiros, técnicos em enfermagem, farmacêuticos, coordenadores da vigilância epidemiológica e da atenção primária à saúde, além de agentes comunitários de saúde. **Resultados e Discussão:** A implantação e o monitoramento contínuo da ferramenta nos municípios possibilitaram o desenvolvimento de ações efetivas de vacinação, com destaque para a busca ativa de crianças e adolescentes com esquema vacinal em atraso, permitindo a atualização do cartão de vacinação desse público. Um dos resultados mais significativos foi a correção de duplicidades de cadastros e a atualização de dados do Cartão Nacional de Saúde (CNS), o que contribuiu para a qualidade e a integridade das informações no sistema. Além disso, foi possível corrigir inconsistências e regularizar doses de vacinas aplicadas, mas não registradas nos sistemas de informações utilizados pelos municípios. A utilização da ferramenta também estimulou a mobilização das equipes de saúde, que realizaram buscas ativas para identificar crianças e adolescentes não vacinados, atualizar os registros de vacinação e entrar em contato direto com as famílias. Esse processo ajudou a sensibilizar os pais sobre a importância da vacinação, fortalecendo a adesão à imunização. Outro benefício foi a otimização do uso de imunobiológicos, com a sistematização e programação das ações de vacinação, o que permitiu a administração mais eficiente das doses disponíveis. A ferramenta se mostrou fundamental para o monitoramento contínuo da cobertura vacinal, promovendo um planejamento colaborativo entre as equipes de saúde. Isso garantiu a oferta de vacinação de forma programada e estruturada, assegurando a proteção contra doenças imunopreveníveis e contribuindo para o aumento das coberturas vacinais nos municípios. A implementação do projeto demonstrou, assim, sua importância não apenas na atualização dos dados, mas também no fortalecimento da estratégia de vacinação como um todo, com impacto positivo na saúde da população atendida. **Considerações Finais:** A ferramenta foi inicialmente implementada como um projeto piloto em um município próximo à capital, com a expansão gradual para outros municípios após ajustes de melhoria e otimização de performance. Atualmente, está sendo utilizada em todos os 246 municípios de Goiás, desempenhando um papel crucial no aprimoramento das coberturas vacinais em todo o estado. Sua interface intuitiva e fácil de operar possibilita a rápida visualização da situação vacinal por faixa etária de crianças e adolescentes, o que facilita a tomada de decisões e o planejamento das ações de vacinação. A plataforma tem se consolidado como uma ferramenta essencial no processo de trabalho dos profissionais de saúde, contribuindo

significativamente para a melhoria da eficiência das estratégias de imunização. A utilização da ferramenta não só tem impactado positivamente na cobertura vacinal, mas também na gestão de dados, correção de inconsistências e no fortalecimento da busca ativa, tornando o processo de vacinação mais estruturado e acessível.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologia; Cobertura vacinal; Vacina; Gestão em saúde.

AFILIAÇÃO

1. Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Gerência de Imunização (GI) – Goiânia, GO – Brasil. joice.dorneles@goias.gov.br, pnigoias@gmail.com
2. Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Gerência de Imunização (GI) – Goiânia, GO – Brasil.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi realizado com o apoio da Gerência de Inovação (GEIN) da Superintendência de Tecnologia, Inovação e Saúde Digital (SUTIS) do Estado de Goiás, cuja colaboração foi fundamental para a implementação bem-sucedida da ferramenta e o avanço das ações de vacinação no estado.

REFERÊNCIAS

1. Domingues CMAS, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. Mar 2013 [citado em 31 Mar 2025];22(1):9-27. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742013000100002>.
2. Pestana JT da S, de Souza CEA, Filho C de AB, da Silva GO, do Nascimento GA, da Silva GB, et al. Baixa cobertura vacinal e seus possíveis impactos para a saúde da população brasileira / Low vaccine coverage and its possible impacts on the health of the Brazilian population. *Braz. J. Develop.* [Internet]. 14 Jan 2022 [citado em 31 Mar 2025];8(1):3968-81. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-261>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Calendário Técnico Nacional de Vacinação da Criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [data de publicação desconhecida] [citado em 31 Mar 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico/calendario-tecnico-nacional-de-vacinacao-da-crianca>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Manual de normas e procedimentos para vacinação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 31 Mar 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-de-normas-e-procedimentos-para-vacinacao.pdf/@download/file>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1 [Internet]. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 31 Mar 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/@download/file>.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO, ENFRENTAMENTO E TRATAMENTO DO ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO PARA O ESTADO DE GOIÁS

Elise Alves Santos¹

RESUMO

Introdução: O momento de sofrimento emergente na pandemia do coronavírus intensificou conflitos pré-existentes nas relações de trabalho, em que a priorização do projeto econômico se impôs em detrimento da saúde da população. Muitas empresas obrigaram seus trabalhadores a continuar o trabalho presencial, ainda que sem condições seguras para o mesmo. O aumento de denúncias de práticas de violência no trabalho mobilizou a Gerência de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador (GVAST) e os órgãos parceiros. Nesse sentido, foi adotado o pressuposto de que o assédio moral no trabalho (AMT) ressurgiu com suas máscaras ou descaradamente, em que o direito de ir e vir e a saúde e segurança dos trabalhadores é colocada em questão diante das categorias de análise do contexto de trabalho. Com a instalação das Organizações Sociais na gestão de Unidades de Saúde no Estado de Goiás os números de casos suspeitos de assédio moral aumentaram, bem como o número de atendimento aos servidores. Ainda em 2010, a Seção do Ministério da Saúde em Goiás solicitou auxílio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) para a identificação de práticas de assédio moral no trabalho. Representando a Coordenação de Atenção Psicossocial da SES-GO (CAPSES), da Gerência de Desenvolvimento de Pessoas (GGDP), a psicóloga. Elise Alves dos Santos buscou conhecer as práticas de gestão em outros órgãos públicos em Goiás para saber quais ações acerca do enfrentamento do assédio moral eram realizadas no Estado. Sem registros de ações sistematizadas, ela realizou uma adaptação do questionário sobre assédio moral no trabalho¹, com base nos conteúdos acessados do trabalho realizado pelo professor Dr. José Roberto Heloani, referência no país na temática do assédio moral no trabalho². Em seguida foi criado um grupo de trabalho na SES-GO para abordar essa temática, a CAPSES redigiu uma carta aberta em meados de 2012 ao referido grupo acerca da escuta psicológica para orientar a discussão da construção do fluxograma de atendimento a servidores da SES envolvidos em situações de violência no trabalho. A partir de então ela deu início a um processo de leituras e estudos que culminou na realização do I Encontro sobre Assédio Moral no Trabalho na SES-GO, com a presença do prof. Dr. Heloani. Após 4 anos da publicação da Lei Nº 17.161/2010 que proibia o assédio moral, uma nova lei foi publicada em Goiás: a Lei Nº 18.456, de 30 de Abril de 2014, que revogou a anterior. Foram vetados integralmente pela Governadoria os parágrafos 8º, 9º e 10º do artigo 5º do autógrafo de lei, que diz respeito às penalidades impostas à prática do assédio moral, observada a reincidência e a gravidade dos fatos apurados³. No texto atual, a palavra “proibição” referida à prática de assédio moral é retirada do caput da Lei que disporá então sobre a prevenção e a punição de assédio moral no âmbito da administração estadual. O artigo 15 desta mesma Lei institui o Dia Estadual de Luta contra o assédio moral, a ser celebrado anualmente, no dia 2 de maio⁴. A partir de 2015, tendo aceitado o trabalho para compor a equipe do CEREST Goiás, a psicóloga assumiu a responsabilidade pela estruturação do trabalho referente ao agravo/doença “transtornos mentais relacionados ao trabalho”. **Objetivo:** Em dezembro de 2020, as psicólogas do NP-CEREST Goiás (Dra. Elise Alves dos Santos e Esp. Ana Flávia Coutinho) foram solicitadas pela GVAST da antiga Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa), atual Superintendência de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador (SUVISAST) da SES-GO para redigir uma nota técnica para assédio moral no trabalho. **Metodologia:** A partir de então, os documentos anteriormente produzidos na CAPSES foram recuperados. Nesse ínterim, a GVAST, questionou a pertinência de se fiscalizar as denúncias de assédio moral no trabalho e buscou auxílio junto ao CEREST para compilar argumentos legais para esta atuação inovadora. Com as devidas atualizações foi apresentada uma proposta de questionário de riscos psicossociais no trabalho para ser utilizada nas fiscalizações em saúde do trabalhador e depois as psicólogas foram convidadas a ministrar curso sobre riscos psicossociais no trabalho, ocasião em que o questionário foi discutido e reavaliado. Em janeiro de 2021, enviamos uma minuta da nota para contribuições das colegas da CAPSES da Gerência de Desenvolvimento de Pessoas (GGDP) e da CVSAT/GVSAT. Na sequência, as psicólogas do NP-CEREST Goiás foram convidadas a participar de uma reunião com a GGDP e soubemos dos avanços de seus processos de trabalho. A aproximação com a CAPSES foi retomada, novas leituras e estudos foram feitos para compor a construção da nota técnica solicitada. Em março de 2021, deu-se início à revisão do fluxograma de atendimento de casos suspeitos de assédio moral no trabalho da CAPSES. Considerando a história de desenvolvimento do tema na SES-GO, entendemos que o percurso transcorrido com seus acontecimentos, demandas e avanços foi também uma resposta para a necessidade garantir a universalidade enquanto princípio da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, consoante ao Art. 3 da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que considera: “A Saúde é um direito fundamental de todos os trabalhadores, urbanos e rurais, independente da sua inserção no mercado de trabalho e do vínculo empregatício no setor formal ou informal da economia, inclusive os que estão em situação de desemprego, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso à atenção, promoção, prevenção, proteção, recuperação, reabilitação e a assistência à saúde em todos os níveis de complexidade”. **Resultados e Discussão:** Após período trabalhoso de leitura, estudos, escrita e revisões, promoveu-se uma oficina de consulta pública da proposta de nota técnica, convidando especialistas e diversos profissionais envolvidos no tema. Após revisões e acréscimos necessários, a nota técnica foi publicada no Diário Oficial do Estado de Goiás por meio da Portaria Nº 2.859 em 28/12/2022⁵. A nota técnica passou a ser

instrumento legitimado pela administração pública que estabelece medidas de prevenção, enfrentamento e tratamento do Assédio Moral no Trabalho (AMT) no Estado de Goiás. **Considerações Finais:** No documento são descritos itens para facilitar a identificação de ações suspeitas de AMT. Dentre elas, chamamos atenção para a ocasião de quando o(a) trabalhador(a) é “convocado para retornar ao trabalho presencial sem adequações necessárias no ambiente ou posto de trabalho fora das condições de segurança e saúde em tempos de pandemia ou a qualquer tempo”. Este exemplo compõe a categoria de “Atentado às condições de trabalho”. Vale ressaltar que a nota foi construída de forma democrática, incluindo a participação social a partir de um evento de consulta pública prévio à sua publicação. Em relação a esta atuação em saúde mental dos trabalhadores, as psicólogas do NP-CEREST Goiás seguem realizando ações de suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial sobre questões ligadas ou suspeitas ao AMT em Goiás para os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (Regionais de Saúde, CERESTs Regionais e unidades da Rede de Atenção Psicossocial) sobre o atendimento de trabalhadores com suspeita de sofrimento psíquico ou transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) provenientes de situações de violência no trabalho, incluindo os seguintes aspectos: abordagem geral, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Com base nesta nota técnica, o NP-CEREST Goiás tem atendido às demandas de supervisão técnico-pedagógica e clínico-institucional para os CERESTs envolvidos com a temática.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho; SUS; Saúde mental; Apoio psicossocial.

AFILIAÇÃO

1. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás / Superintendência de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador / Gerência de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador / Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; nucleodepsicologiacerestgo@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Goiás. Secretaria de Estado da Saúde. Questionário de riscos psicossociais no trabalho [Internet]. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde; 2022 [citado em 31 Mar 2025]. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/2016/09/Questionario-de-riscos-psicossociais-no-trabalho-2023-a98.pdf>.
2. Freitas ME, Heloani R, Barreto M. Assédio moral no trabalho. São Paulo: Cengage Learning; 2008.
3. Assembleia Legislativa do Estado de Goiás. Vetado parcialmente projeto sobre assédio moral [Internet]. Goiânia: ALEGO; 2014 [citado em 31 Mar 2025]. Disponível em: <https://portal.al.go.leg.br/noticias/63809/vetado-parcialmente-projeto-sobre-assedio-moral>.
4. Goiás. Lei nº 20.470, de 26 de abril de 2019. Institui o Dia Estadual de Combate e Prevenção ao Assédio Moral e Sexual nas relações de trabalho [Internet]. Goiânia: Governo do Estado de Goiás; 2019 [citado em 31 Mar 2025]. Disponível em: <https://legisla.casacivil.go.gov.br/api/v2/pesquisa/legislacoes/100671/pdf>.
5. Goiás. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 2859, de 2022. Nota técnica que estabelece medidas de prevenção, enfrentamento e tratamento do assédio moral no trabalho no Estado de Goiás [Internet]. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde; 2022 [citado em 31 Mar 2025]. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/2016/09/Portaria-N-2859-2022-Nota-tecnica-AMT-assinado-no-SEI-secretario-de-saude-c51.pdf>.

MEU PEP E O PROTAGONISMO DO PACIENTE: TRANSPARÊNCIA E GESTÃO DA SAÚDE INDIVIDUAL

Diana Ferreira **Guimarães**¹, Esrom Vieira Cruz dos **Santos**², Tatiana Feitosa **Araújo**³, Lara de Castros Bastos **Oliveira**⁴, Carlos Augusto Gonçalves **Tibiriçá**⁵, Luiselena Luna **Esmeraldo**⁶, Ana Carolina Rezende **Abrahão**⁷

RESUMO

Introdução: O acesso às informações de saúde é um direito fundamental do cidadão e um fator essencial para a promoção da autonomia na gestão do cuidado. No Brasil, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) garante esse direito ao estabelecer, em seu Artigo 18, inciso II, que os titulares dos dados têm direito ao acesso facilitado e gratuito às suas informações de saúde¹. Antes da informatização das unidades de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), com a implantação do Sistema de Gestão Hospitalar (SGH), os prontuários médicos e multidisciplinares eram exclusivamente físicos, armazenados em papel, gerando um volume crescente de documentos. Esse modelo exigia grandes espaços físicos para arquivamento e dificultava a localização e recuperação de prontuários antigos, especialmente aqueles com mais de uma década de registros. Além disso, conforme o Artigo 6º da Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018, os prontuários médicos, tanto físicos quanto digitalizados, só podem ser eliminados após um prazo mínimo de 20 anos a partir do último registro², o que agravava os desafios administrativos e logísticos de armazenamento. A necessidade de deslocamento presencial para solicitação e retirada dos documentos tornava o acesso às informações moroso e burocrático, comprometendo a continuidade do cuidado e autonomia do cidadão na gestão da sua saúde. Diante desse cenário, a SES-GO desenvolveu o Meu PEP (Meu Prontuário Eletrônico do Paciente), uma aplicação web inovadora que permite aos cidadãos acessarem seu histórico médico e multidisciplinar de maneira rápida e segura, exclusivamente pelo meio digital, utilizando a autenticação via Gov.br (nível Prata ou Ouro) na plataforma Expresso Goiás. O Meu PEP centraliza as informações de saúde do paciente atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Goiás, incluindo consultas, exames (imagem, laudos e exames clínicos), registros de vacinação, prescrições médicas, medicamentos dispensados e internações. Essa iniciativa está alinhada à Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28)³, que prioriza a digitalização da saúde e o protagonismo do cidadão, e ao Programa SUS Digital⁴, que visa a interoperabilidade e a integração da informação de saúde entre os diferentes níveis da rede de atenção. **Objetivos:** O Meu PEP tem como principal objetivo ampliar a transparência e facilitar o acesso do cidadão aos seus dados de saúde. Especificamente, a solução busca empoderar o paciente, permitindo que consulte seu prontuário eletrônico sem necessidade de deslocamento; garantir segurança e transparência, por meio da autenticação Gov.br e dos princípios da LGPD; centralizar os dados do paciente em uma interface única, eliminando a fragmentação da informação em diferentes unidades de saúde; e otimizar a gestão da saúde, reduzindo a sobrecarga administrativa relacionada às solicitações de prontuários físicos. **Metodologia:** A construção do Meu PEP foi viabilizada por um conjunto de iniciativas de tecnologia da informação da SES-GO. A primeira etapa consistiu na centralização dos dados do e-SUS APS, sistema do Ministério da Saúde utilizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) municipais. Goiás foi o primeiro estado a consolidar um Centralizador Estadual do e-SUS APS, iniciado em 2016 e atualmente alimentado pelos 246 municípios goianos. A segunda etapa, implementada em 2020 a partir da Portaria 1046/2019⁵, foi a adoção de um SGH unificado em todas as trinta e uma unidades estaduais de saúde, garantindo um prontuário eletrônico compartilhado entre elas. A terceira etapa, concluída em 2023, foi a integração dos exames de imagem (PACS), centralizando os estudos e diagnósticos de imagem realizados nas unidades estaduais ou por clínicas terceirizadas em um repositório único no datacenter da SES-GO, permitindo que os resultados fossem visualizados automaticamente no prontuário eletrônico do paciente. Além desses dados clínicos, o Meu PEP também integra informações dos sistemas de imunização obtidos pela Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)⁶, e de dispensação de medicamentos, proporcionando uma visão consolidada da saúde do cidadão. **Resultados e Discussão:** A implementação do Meu PEP trouxe benefícios diretos para os pacientes, gestores e profissionais de saúde. O cidadão agora pode acessar seu histórico médico de forma digital, reduzindo deslocamentos e agilizando a obtenção de informações essenciais para o seu cuidado. A interoperabilidade entre os diferentes sistemas (e-SUS APS, SGH, PACS, imunização e dispensação de medicamentos) permite uma visão integrada da saúde do paciente, otimizando o atendimento em qualquer unidade da SES-GO. Além disso, a digitalização do prontuário eletrônico melhora a eficiência administrativa e elimina a necessidade de requisições presenciais, reduzindo o tempo de resposta para acesso às informações de saúde. A digitalização de prontuários físicos, iniciada em 2023, ampliará ainda mais o acesso do cidadão aos seus dados históricos, garantindo que seu prontuário completo esteja disponível no meio digital. **Considerações Finais:** O Meu PEP é um marco na digitalização da saúde pública em Goiás, assegurando que o cidadão tenha acesso rápido, seguro e sigiloso às suas informações de saúde. O sistema atende aos princípios da LGPD ao promover transparência, segurança e autonomia para os usuários do SUS no estado. No entanto, a inclusão digital ainda representa um desafio, especialmente para cidadãos que não possuem acesso à internet de qualidade ou baixa familiaridade com tecnologia. O acesso ao prontuário eletrônico requer conectividade adequada e habilidades digitais, fatores que podem impactar populações vulneráveis, como idosos e residentes de áreas rurais com infraestrutura limitada. Para garantir o direito de acesso às informações de saúde a todos

os cidadãos, permanecem disponíveis as solicitações via Ouvidoria SUS, protocolo presencial e pedidos judiciais como alternativas ao meio digital. Como próximos passos, a SES-GO trabalha para expandir a interoperabilidade do Meu PEP, consolidando a integração com a RNDS. Além disso, busca-se ampliar a conectividade com outras bases nacionais e estaduais de informação em saúde, fortalecendo a criação de um ecossistema de saúde digital integrado e acessível, em conformidade com as diretrizes da ESD28. Essa evolução permitirá uma troca de informações mais eficiente entre os diferentes níveis de atenção e entre entes federativos, promovendo um atendimento mais qualificado e contínuo para os cidadãos.

PALAVRAS-CHAVE: Informática em saúde; Prontuários médicos; Tecnologia de informação em saúde.

AFILIAÇÃO

1. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Goiás (UFG); Especialista em Informática em Saúde pelo Hospital Sírio-Libanês; Graduada em Ciência da Computação pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO); Gerente de Saúde Digital da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – GESAD/SUTIS/SES-GO, e-mail: diana.guimaraes@goias.gov.br.
2. Pós-graduando em Inovação, Tecnologias Emergentes e Imersivas para Saúde Digital/UFG; Graduação em Ciências Contábeis pela Universidade Paulista (UNIP); Técnico em Sistemas de Informação pelo SESC-SENAI; Coordenador de Sistemas do DATASUS na Gerência de Saúde Digital da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – GESAD/SUTIS/SES-GO;
3. Pós-graduanda em Inovação, Tecnologias Emergentes e Imersivas para Saúde Digital/UFG; Pós-graduanda em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Digital (UFBA); Coordenadora de Atenção Especializada da Gerência de Saúde Digital – GESAD/SUTIS/SES-GO;
4. Especialista em Tecnologia da Informação e Comércio Eletrônico, Graduada em Tecnologia em Processamentos de Dados. Gerente de Tecnologia na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – GETEC/SUTIS/SES-GO;
5. Mestre em Ciência da Computação pela (UFSC-SC); Especialista em Design de Sistemas e Soluções de *Business Intelligence* pela UFG; Graduação em Análise de Sistemas pela UNIVERSO; Gerente de Inovação na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – GEIN/SUTIS/SES-GO;
6. Mestre em Informática pela PUC-RJ; Especialista em Informática em Saúde pelo Hospital Sírio-Libanês; Graduada em Ciência da Computação pela UFRJ; Superintendente de Tecnologia, Inovação e Saúde Digital na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SUTIS/SES-GO;
7. Especialista em Gestão Pública Contemporânea (IDP); Graduada em Direito pela Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, Subsecretária de Inovação, Planejamento, Educação e Infraestrutura na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SUBIPEI/SES-GO.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD) [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2018 [citado em 15 Feb 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/13709.htm.
2. Brasil. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2018 [citado em 15 Feb 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/13787.htm.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado em 16 Mar 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa SUS Digital [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 10 Mar 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3232_04_03_2024.html.
5. Goiás. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 1046, de 3 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a adoção de padrões de interoperabilidade nos sistemas de gestão hospitalar das unidades de saúde estaduais e determina a criação de um repositório único de informações de saúde [Internet]. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde; 2019 [citado em 15 Jul 2021]. Disponível em: <https://diariooficial.abc.go.gov.br/portal/edicoes/download/4014>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020. Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [citado em 10 Mar 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1434_01_06_2020_rep.html.

O USO DO GABINETE DE CRISE NA DIMINUIÇÃO DE ÓBITOS EVITÁVEIS EM UMA CAPITAL DO BRASIL

Adriana Rodrigues de Oliveira **Nogueira**¹, Lorena Mota **Nunes**², Marcos Vinicius **Milki**³

RESUMO

Introdução: A criação de um gabinete de crise tem se mostrado uma abordagem eficaz em várias situações de emergência. Por exemplo, um Gabinete de Crise desempenhou um papel crucial no enfrentamento da pandemia de COVID-19, permitindo a adaptação em tempo real e assegurando a disponibilidade de leitos de terapia intensiva e enfermaria com condições adequadas de isolamento. Além disso, a revisão da literatura sobre causas de mortes evitáveis sublinha a importância de ações eficazes dos serviços de saúde para prevenir óbitos, destacando a necessidade de estratégias como a do Gabinete de Crise. Pesquisas também indicam que a gestão de crises de saúde pública exige estratégias, parcerias e instrumentos de cooperação para minimizar os impactos na população. O Gabinete de Crise - GYN foi criado pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) para apoiar a situação emergencial da saúde no Município de Goiânia. A instalação do gabinete foi coordenada pela SES-GO e executada pelas unidades do município, tanto na gestão quanto na parte assistencial, para monitoramento do cenário geral. Suas metas foram monitorar a situação de saúde, planejar, estruturar, mobilizar e coordenar ações de preparação, alerta e resposta, envolvendo órgãos públicos estaduais e entidades para mitigar a crise de saúde pública. **Objetivo:** O principal objetivo foi reduzir os óbitos evitáveis em Goiânia através da implementação de estratégias de gestão e coordenação entre as unidades de saúde, buscando melhorar a alocação de recursos, otimizar o atendimento aos pacientes e garantir a disponibilidade de insumos e medicamentos essenciais. **Metodologia:** A instalação do gabinete seguiu uma sistematização que incluiu: o alinhamento interno (SES e SMS); definição de como as ações seriam implementadas dentro das unidades; Unidade piloto (UPA Noroeste): avaliação inicial e implantação pela equipe SES e posteriormente implementação nas demais unidades de saúde, totalizando 13 unidades. O gerenciamento diário do gabinete de crise (GDGC) foi realizado pelas unidades, com reuniões diárias, híbridas e presenciais, às 8h, com duração de uma hora, para monitoramento e ajustes imediatos. As reuniões aconteceram todos os dias da semana e aos finais de semana. **Resultados e Discussão:** A capacidade insuficiente de leitos de UTI foi abordada com a criação de novos leitos e a melhoria na regulação de vagas. O número de pacientes aguardando vaga foi reduzido significativamente. Por exemplo, em 11 de dezembro, havia 282 internações municipais e 549 estaduais, totalizando 831. Em 6 de janeiro, esses números aumentaram para 637 municipais e 3127 estaduais, totalizando 3764. A falta de insumos e medicamentos essenciais foi resolvida através de compras emergenciais e melhor gestão dos estoques. Foram adquiridos medicamentos como dipirona, hidrocortisona, ceftriaxona, ciprofloxacino, noradrenalina, adrenalina e soro fisiológico. A disponibilidade de ambulâncias foi aumentada, assim reduzindo o tempo de espera por atendimento de urgência. Em novembro, havia 3 USA, 6 USB e 3 SATS. Em janeiro, esses números aumentaram para 4 USA, 11 USB e 11 SATS. A sobrecarga de trabalho foi mitigada com o chamamento parcial de profissionais, melhorando a qualidade do atendimento. Melhorias na comunicação entre as unidades e a gestão central permitiram uma resposta mais rápida e eficiente às necessidades emergenciais. A partir desses resultados, constatou-se que a implementação de um gabinete de crise tem se mostrado uma estratégia eficaz em diversas situações de emergência. Por exemplo, o Gabinete de Crise do HCFMRP-USP foi essencial no combate à pandemia de COVID-19, garantindo a adaptação em tempo real e a disponibilidade de leitos de terapia intensiva e enfermaria com condições de isolamento¹. Além disso, a revisão de literatura sobre causas de mortes evitáveis destaca a importância de ações efetivas dos serviços de saúde para prevenir óbitos, reforçando a necessidade de estratégias como a do Gabinete de Crise². Estudos também mostram que a gestão de crises de saúde pública requer estratégias, parcerias e instrumentos de cooperação para minimizar os danos à população³. **Considerações Finais:** A implementação do Gabinete de Crise em Goiânia demonstrou ser uma estratégia eficaz na redução de óbitos evitáveis, melhorando a gestão e a coordenação das ações de saúde. A colaboração entre diferentes níveis de gestão e a adaptação rápida às necessidades emergenciais foram cruciais para o sucesso do gabinete. A gestão do gabinete trouxe benefícios como tomada de decisão clara, identificação de problemas compartilhados e suporte da alta gestão.

PALAVRAS-CHAVE: Capacidade de resposta ante emergências; Saúde pública; Vigilância de óbitos.

AFILIAÇÃO

1. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Gabinete Secretário-Adjunto – GADJ; adriana.nogueira@goias.gov.br
2. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Superintendência Regulação, Controle e Avaliação – SUREG
3. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Gabinete Secretário-Adjunto – GADJ; marcos.milki@goias.gov.br

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Dr. Rasivel dos Reis Santos Junior, Dr. Sérgio Alberto da Cunha Vencio, Dr. Luciano de Moura Carvalho, Dr. Márcio de Paula Leite, aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, ao apoio do Ministério Público, Tribunal de Contas do Estado e ao Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás.

REFERÊNCIAS

1. Pazin-Filho A, Jardim DB, Dallora MELV, Moreira HT, Almeida OLS, Souza DA, et al. Gabinete de Crise do HCFMRP-USP como estratégia de gestão das demandas da crise de Pandemia COVID-19. *Rev Qualidade HC* [Internet]. 2020;8:47-52. Disponível em: <https://hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/448/448.pdf>
2. Malta DC, Duarte EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2007;12(3):765-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YWFdSMYf8dYStnwK5Fx4jsG/>
3. Araújo JM, Ferreira MA. A saúde em tempos de crise: lições a partir da Covid-19. *Rev Katalysis* [Internet]. 2023 [citado 2 abr 2025];26(1):65-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2023.e89817>

PERDA PRIMÁRIA NOS AGENDAMENTOS DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS COMO FATOR DE DESPERDÍCIO: DESAFIO PARA SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

Bruna de Castro **Fernandes**¹, Lorena **Nunes Mota**², Luciano de Moura **Carvalho**³, Sérgio Alberto Cunha **Vêncio**⁴, Rasível dos Reis **Santos Júnior**⁵

RESUMO

Introdução: O agendamento de consultas médicas especializadas no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma etapa fundamental para a garantia do acesso à saúde da população. A perda primária de agendamentos de consultas médicas especializadas no Sistema Único de Saúde (SUS) é um problema que afeta diretamente o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento prestado à população. A ampliação do acesso às ações e aos serviços é um dos grandes desafios dos gestores do SUS e exige a organização e os mecanismos que visem à consolidação do sistema. O agendamento de consultas médicas especializadas no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma etapa fundamental para a garantia do acesso à saúde da população. No entanto, estudos apontam que o número de agendamentos de consultas médicas especializadas é menor do que a oferta disponível, o que resulta em desperdícios e ineficiências no sistema de saúde¹. A perda primária de agendamentos de consultas médicas especializadas no Sistema Único de Saúde (SUS) é um problema que afeta diretamente o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento prestado à população².

Objetivos: Descrever os impactos percebidos a partir da implementação de ações para reduzir a perda primária nos agendamentos de consultas especializadas e, assim, disponibilizar o efetivo acesso às consultas médicas especializadas em tempo oportuno, conforme a necessidade clínica de cada paciente e diminuir a perda de recursos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade relato de experiência, desenvolvido a partir das percepções e vivências dos autores na implementação de ações organizadas para atender aos objetivos específicos. As ações implementadas foram: Adequação do quantitativo de profissionais de acordo com a demanda; Aumento da produtividade da equipe médica, estabelecendo quantitativo mínimo na avaliação das fichas com o intuito de mitigar o tempo de espera do paciente e perdas; Adequação dos relatórios no sistema de regulação estadual; Criação de um painel eletrônico para monitoramento e exposição dos dados da Regulação Ambulatorial, facilitando o entendimento e a dinamização do trabalho; Consolidação dos dados e análise da perda primária, avaliando quais especialidades, exames ou unidades apresentam excesso de oferta, buscando melhorar o aproveitamento das vagas disponíveis; Monitoramento da perda primária, por meio de indicadores, para identificar os principais gargalos e fragilidades; Qualificação do perfil de atendimento das unidades de acordo com a demanda existente. **Resultados e Discussão:** Com a implementação das ações, em uma análise preliminar, por meio de relatórios obtidos no sistema informatizado de regulação, observou-se uma redução na taxa de perda primária, de 44,75% em junho de 2023 para 31,93% em julho de 2024 (Figura 1).

Figura 1. Distribuição mensal do preenchimento de vagas externas ofertadas.



Fonte: Sistema Estadual de Regulação, Regulatron. Acesso em 20 de fevereiro de 2024.

O período selecionado para análise corresponde ao início da implementação das ações, em sua totalidade, até o último mês antes da transição do sistema de regulação, que ocasionou modificações temporárias em alguns processos de trabalho e, consequentemente, inviabilizou alguns relatórios. Também foi criado um fluxo integrado entre as áreas responsáveis pela regulação, atenção e fiscalização dos contratos dos serviços de saúde nas unidades estaduais, a fim de qualificar a comunicação entre as partes e alinhar as ações, favorecendo o trabalho conjunto e impactando positivamente

o funcionamento das unidades de saúde. **Considerações Finais:** A perda primária representa desperdício de recursos financeiros e físicos no sistema de saúde, afetando negativamente a eficiência e a efetividade dos serviços oferecidos. O acesso adequado aos serviços de média e alta complexidade é fundamental para atender às necessidades dos cidadãos, e a ampliação desse acesso é um dos maiores desafios enfrentados pelos gestores do SUS. Para isso, é essencial que haja uma organização eficiente dos processos e a implementação de mecanismos que visem consolidar o sistema de saúde de forma sustentável. A redução das taxas de perda primária não só contribui para a diminuição de desperdícios, mas também garante maior acesso da população aos serviços de saúde necessários, promovendo um atendimento de melhor qualidade. Vale ressaltar que, ao longo do processo, adaptações nas estratégias e ações foram realizadas, ajustando-se de acordo com as necessidades identificadas durante a implementação. Portanto, é imprescindível manter um monitoramento constante dos processos, acompanhando os resultados e ajustando as ações conforme necessário, para assegurar a continuidade da melhoria e a eficácia dos serviços prestados.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde pública; Gestão em saúde; Atenção secundária à saúde; Consulta médica.

AFILIAÇÃO

1. Enfermeira. Gerente de Regulação de Exames e Consultas – GEREX/SUREG/SUBPAS/SES-GO; bruna.fernandes@goias.gov.br
2. Enfermeira. Superintendente de Regulação, Controle e Avaliação – SUREG/SUBPAS/SES-GO;
3. Enfermeiro. Subsecretário de Políticas e Ações em Saúde/SUBPAS/SES-GO;
4. Médico, Secretário Adjunto – GADJ/SES-GO;
5. Médico, Secretário de Estado da Saúde - GAB/SES-GO.

PROGRAMA MAIS EPS: EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO SUS EM GOIÁS

Paula Cristina dos Santos **Brito**¹, Larissa Rezende Borges **Dourado**², Rafaela Julia Batista **Veronezi**³

RESUMO

Introdução: A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma diretriz essencial para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois promove a qualificação contínua dos profissionais, estimula a reflexão crítica sobre as práticas de trabalho e impulsiona melhorias nos processos de atenção e gestão¹. Ao integrar a formação ao cotidiano dos serviços de saúde, a EPS contribui para a construção de equipes mais preparadas, colaborativas e alinhadas às necessidades da população. Esse processo formativo não se restringe à transmissão de conhecimentos teóricos, mas privilegia a problematização da realidade, incentivando soluções inovadoras e a melhoria contínua da assistência. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)² reconhece a EPS como um eixo estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, promovendo o alinhamento entre ensino e serviço. Dessa forma, o SUS reafirma seu compromisso com a democratização do conhecimento, o desenvolvimento de competências e a valorização dos trabalhadores da saúde³. A EPS, portanto, é um instrumento fundamental para a consolidação de um sistema mais eficiente, humanizado e responsivo às demandas da população, contribuindo para a equidade e a integralidade do cuidado. No estado de Goiás, a Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO)⁴, por meio da Escola de Saúde Pública de Goiás e em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS-GO), desenvolveu o Programa Mais Educação Permanente em Saúde (Mais EPS)⁵. Essa iniciativa foi estruturada como uma política indutora para fortalecer a capacitação dos trabalhadores do SUS nos municípios goianos, promovendo práticas educativas alinhadas aos desafios dos serviços de saúde e qualificando os processos de trabalho. Para viabilizar essa estratégia, o Edital nº 28/2023-SES-GO formalizou a chamada pública para a seleção de projetos educacionais inovadores, garantindo que as ações estivessem conectadas com as realidades locais e as necessidades da população. **Objetivos:** O Programa Mais EPS teve como objetivos norteadores: a) Fortalecer a qualificação dos trabalhadores do SUS, promovendo formação contínua para alinhar conhecimentos e práticas às demandas da saúde pública; b) Aprimorar os processos de trabalho em saúde, estimulando metodologias que otimizem a organização e a eficiência dos serviços, aumentando sua resolutividade; c) Fomentar a EPS nos municípios, incentivando a adesão dos gestores a práticas educativas que impactem a qualidade da assistência; d) Fortalecer a articulação entre ensino e serviço, criando espaços de diálogo entre profissionais, gestores e instituições de ensino, assegurando a formação baseada nas demandas reais do SUS; e) Incentivar a implantação dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) nos 246 municípios goianos, estruturando instâncias estratégicas para qualificação profissional e aprimoramento dos serviços; f) Impactar positivamente os indicadores estratégicos de saúde, direcionando ações educativas para o enfrentamento de desafios prioritários do sistema. **Metodologia:** Na primeira edição do programa, foram destinados R\$ 250 mil para o financiamento de ações educacionais, com um limite de até R\$ 15 mil por projeto, desde que as propostas estivessem alinhadas a indicadores de saúde prioritários identificados localmente. A seleção dos projetos seguiu as diretrizes estabelecidas no Edital nº 28/2023-SES-GO. Os municípios interessados deveriam apresentar propostas baseadas em um levantamento prévio das necessidades locais, contemplando pelo menos um dos dez indicadores estratégicos definidos. Para garantir a qualidade e a padronização das propostas, a SES-GO disponibilizou um modelo de projeto. Um critério essencial para a participação era a exigência de que o município tivesse implantado um NEPS na Secretaria Municipal de Saúde. No momento da inscrição, os municípios deveriam comprovar a instituição do NEPS e a nomeação de seu coordenador. Os projetos submetidos passaram por um rigoroso processo de avaliação e classificação conduzido por uma comissão de especialistas da SES-GO. Os critérios de seleção incluíram relevância, impacto na melhoria do indicador estratégico, viabilidade prática e potencial de multiplicação das ações propostas. **Resultados e Discussão:** A implementação do Programa Mais EPS resultou em avanços significativos na estruturação de políticas de EPS nos municípios goianos. Os principais destaques incluem: a) homologação de 89 projetos, evidenciando a alta demanda por qualificação no SUS; b) financiamento de 19 projetos, garantindo suporte para ações estratégicas de EPS; c) cobertura de 16 municípios em 10 Regiões de Saúde e 4 Macrorregiões, fortalecendo a descentralização da capacitação profissional; d) aumento expressivo no número de NEPS implantados no estado, promovendo a sustentabilidade das ações formativas e ampliando a rede de qualificação. A experiência demonstrou que o investimento na EPS gera impactos diretos na melhoria dos processos de trabalho e no fortalecimento do SUS nos territórios municipais. A adesão dos municípios e o envolvimento das equipes técnicas confirmam que a estratégia pode ser expandida e aprimorada em futuras edições. **Considerações Finais:** Consolidou-se o Programa Mais EPS como uma iniciativa inovadora para impulsionar a qualificação profissional no SUS em Goiás. Ao viabilizar a seleção e o financiamento de projetos municipais, garantiu que as ações educacionais estivessem alinhadas às realidades locais, promovendo maior efetividade na melhoria dos serviços de saúde. A continuidade e ampliação do programa podem fortalecer ainda mais a rede de Educação Permanente no estado, consolidando uma estrutura de qualificação contínua e impactando positivamente os indicadores de saúde. Esse modelo

reforça a importância da EPS como estratégia essencial para o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS e a melhoria da assistência prestada à população.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Capacitação em serviço; Educação permanente; Indicadores de saúde.

AFILIAÇÃO

1. Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. paula.csantos@goias.gov.br
2. Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
3. Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

AGRADECIMENTOS

A SES-GO agradece aos municípios que participaram do processo seletivo, contribuindo para o fortalecimento da EPS no estado. Um agradecimento especial ao COSEMS-GO e às Regionais de Saúde, que, por meio das Coordenações Regionais de EPS, desempenharam um papel fundamental na divulgação, no apoio e no incentivo à participação dos municípios, além de acompanharem todas as etapas do programa. Reconhecemos, ainda, o empenho e a dedicação das equipes técnicas envolvidas na construção e implementação do Programa Mais EPS, cujo comprometimento foi essencial para o sucesso da iniciativa. Por fim, estendemos nossos agradecimentos aos avaliadores dos projetos submetidos, cujo trabalho criterioso e colaborativo foi fundamental para a seleção de iniciativas alinhadas às necessidades e desafios da EPS no estado.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Presidência da República; 1990.
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Costa PR, org. Educação permanente em saúde no SUS: avanços e desafios. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
4. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (GO). Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Goiás 2023-2026. Goiânia: SES-GO; 2023.
5. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (GO). Portaria nº 1332, de 7 de junho de 2024. Goiânia: SES-GO; 2024 [citado em 19 Mar 2025]. Disponível em: <https://diariooficial.abc.go.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/6178#/p:58/e:6178?find=pPROGRAMA%20MAIS%20ePS>.

QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DE GOIÁS

Ivaneide Caetano **Santos**¹, Vinícius Lemes **da Silva**², Claudemir Gonçalves **Oliveira**³, Marlúcia Rodrigues **Machado**⁴, Rafael Souza **Guedes**⁵, Edna Joana Claudio **Manrique**⁶

RESUMO

Introdução: O Laboratório de referência em saúde pública do Estado de Goiás acredita no potencial das ações educacionais para a transformação do perfil profissional, tais como cursos, treinamentos, palestras e outras iniciativas que têm o objetivo de compartilhar e consolidar o conhecimento¹. Reconhecer essa importância e proporcionar aos seus colaboradores a oportunidade de participar dessas ações faz parte da cultura do laboratório, que incentiva a busca pelo aprimoramento contínuo. Esse elemento é favorecido pelo nível de escolaridade presente na unidade o que indica a busca pelo desenvolvimento pessoal e profissional, pois seu quadro de servidores é formado por doutores, mestres e especialistas, distribuídos entre os níveis de escolaridade exigidos para os cargos de nível superior, médio e fundamental, com um total de 276 profissionais. Para essa instituição, os coordenadores e subcoordenadores são fundamentais para o cumprimento de sua missão, pois conduzem as equipes na execução dos processos laborais, representam a Unidade perante a equipe coordenada e os parceiros organizacionais, como os componentes da Rede de Vigilância em Saúde. Assim, justifica-se o empenho e a relevância em investir na qualificação de suas lideranças. Para Chiavenato², a liderança é uma influência interpessoal exercida em certa situação e dirigida por meio do processo de comunicação humana para o alcance de um ou mais objetivos específicos. Nesse contexto, preparar esses profissionais para conduzir suas equipes a exercerem a liderança segundo a essência de seu conceito faz parte do processo de formação sugerido pela direção. A influência, a situação, o processo de comunicação e os objetivos a serem atingidos são fatores que caracterizam a liderança. Ainda segundo o mesmo autor², um bom líder percebe seus colaboradores como parceiros e os motiva ao alcance dos objetivos e da missão da organização. No delineamento desses conceitos, está a reflexão conforme Cortella³: liderar é inspirar, estimular e impulsionar ideias, pessoas e projetos. Quando se busca pelo olhar do conceito de liderança transformacional, ela preconiza que o líder deve inspirar, motivar e desafiar os liderados a alcançar altos níveis de desempenho. Para atingir esse patamar de gestão, é essencial usar as ferramentas disponíveis para o desenvolvimento das pessoas. Focados na importância de investir no desenvolvimento das habilidades e características dos profissionais que desempenham a função de coordenação e subcoordenação, e que, pela natureza dessa atribuição, encontram-se em posição de liderança e comprometidos com a gestão da Unidade, foi proposto, para um período de doze meses, entre os anos de 2023 e 2024, um ciclo de cursos, seguidos de rodas de conversas ou palestras, a serem realizados pela equipe de gestão. Adotar a estratégia e sugerir a capacitação desses profissionais retoma ao aprendizado deixado por iniciativas anteriores, pois no ano de 2016, deram-se os primeiros passos nesse sentido, quando foram formadas turmas presenciais específicas em competências consideradas indispensáveis para o exercício da liderança. Somado a essa cultura, a análise das contribuições obtidas na pesquisa de clima organizacional indicou o momento apropriado para promover uma nova ação⁴. A proposta central do projeto consistiu em fomentar o desenvolvimento das habilidades de liderança da equipe de coordenadores e estendida aos subcoordenadores visando qualificá-los em áreas estratégicas como gestão, comunicação, tomada de decisões, resolução de conflitos e outros temas pertinentes⁵. Essa iniciativa baseia-se no compromisso assumido por esses profissionais, pois é sua responsabilidade direcionar esforços para o alcance dos objetivos da instituição, enfrentar os desafios que surgem frente à necessidade de inovação, da prestação de serviços com qualidade, extrair o potencial de cada colaborador e desenvolver um ambiente favorável ao trabalho em equipe, de forma a resultar no aumento da eficiência dos processos internos e no atendimento às expectativas dos cidadãos. Outro aspecto relevante foi a busca pela padronização ou ao menos uma equalização do conhecimento em assuntos importantes para todos que atuam como coordenadores e também subcoordenadores, difundindo-se a ideia de um perfil mais harmônico como currículo mínimo para o exercício de suas funções. **Objetivo:** Apresentar a experiência relacionada ao projeto qualificação da gestão implementado no laboratório de referência do Estado de Goiás, envolvendo os coordenadores e subcoordenadores, executado no período de março de 2023 a fevereiro de 2024. **Descrição da Experiência:** Visando desenvolver as habilidades e competências fundamentais e promover a qualificação da equipe de gestão e lideranças do laboratório, foi elaborada a proposta de realizar cursos livres, oferecidos por instituições de ensino com foco para as plataformas digitais, acessíveis e gratuitas que ofertam cursos e/ou outras ações educacionais à distância. Houve direcionamento para a Escola Nacional de Administração Pública/ENAP, disponíveis pelo endereço eletrônico: <https://www.escolavirtual.gov.br>. A orientação foi implementar um plano a partir da construção participativa, com a concordância do público alvo do projeto, composto por três diretores, trinta e quatro coordenadores e dezesseis subcoordenadores. O planejamento dos cursos foi apresentado e solicitada a colaboração na identificação dos tópicos de interesse, contemplando os pontos de melhoria na busca do aprimoramento dos aspectos positivos e/ou correção dos fatores limitantes. Ao concluir o curso o servidor recebia e apresentava a certificação correspondente. Estabeleceu-se um cronograma com os cursos que seriam realizados a cada mês do ano e foi definida uma data para discussão em roda de

conversa com colaboradores que atuaram como facilitadores no processo de troca de experiência ou mesmo palestra com convidados de reconhecido saber a respeito de tema estudado. Conforme apresentado na Tabela 1, no prazo oficial de execução do projeto, de março de 2023 a fevereiro de 2024, foram realizadas o total de 4.598 horas destinadas à realização dos cursos planejados. Os cursos com maior adesão foram os de liderança e gestão de equipes, com 40 participantes, carga horária individual de 30 horas, o que totalizou 1200 horas. Na sequência, o curso inteligência emocional, com 29 participantes, carga horária individual de 50 horas e totalizou 1450 horas. Em seguida, o curso de assédio moral: o que saber e fazer, com 23 participantes, carga horária individual de 12 horas e no total 276 horas de capacitação, Tabela 1.

Tabela 1. Cursos realizados no projeto qualificação da gestão, no período de março de 2023 a fevereiro de 2024.

Curso	Participantes n	Carga horária (horas)	Carga horária total (horas)
Liderança e Gestão de Equipes	38	30	1.140
Gestão pessoal – base da liderança	13	50	650
Inteligência emocional	30	50	1.500
Comunicação Não Violenta	17	20	340
Assédio Moral: o que saber e fazer	24	12	288
Ética e serviço público	6	20	120
Gestão de Conflitos e Negociação	8	20	160
Introdução à gestão de riscos	10	40	400
Total			4.598

Fonte: Coordenação de Gestão de Pessoas/Lacen-GO.

Dos 37 profissionais, incluindo diretores e coordenadores, 29 profissionais apresentaram certificados referentes aos cursos indicados, o que equivale a um percentual de 78% de envolvimento no projeto. Para os subcoordenadores o índice de participação foi de 50%, o que significa que, dos 16 subcoordenadores, 8 participaram do projeto. É importante destacar que este projeto, quanto aos indicadores mensurados no ano de 2023, teve um impacto de 41,35%, que são as horas de participação nos cursos referentes ao projeto de qualificação da gestão, em relação ao total de horas de participação dos servidores em ações educacionais. **Considerações Finais:** Esse projeto permitiu constatar a importância de alinhar e efetivar um plano de qualificação para as lideranças que mostraram interesse em aprimorar seu desempenho, aliado à possibilidade de participação simultânea dos profissionais que exercem essa função, permitiu a interatividade e se tornou um fator motivador, além de favorecer a cultura de mudança ao disseminar e consolidar conhecimentos e práticas efetivas para os que aspiram ao papel de líderes. Além disso, devido ao projeto em execução, outros profissionais também se interessaram em realizar os cursos, com destaque para os membros da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio/CIPAA. Cabe destacar que o prazo final estabelecido para o projeto não significou sua interrupção total, pois houve entrega de certificados em data posterior a estabelecida para o encerramento do projeto. Essa ação reconheceu a relevância do investimento no desenvolvimento dos profissionais que desempenham função de liderança, o que requer uma atuação diária e essencial diante de sua equipe, pois, como líderes, devem prezar pela comunicação assertiva, a manutenção do ritmo e execução dos processos de trabalho, assegurar a produtividade, o ambiente de trabalho harmonioso e a entrega dos resultados esperados para que a Unidade cumpra sua missão de “Participar das ações de vigilância em saúde, realizando análises laboratoriais com qualidade coordenando a Rede Estadual de Laboratórios e gerando informações para a melhoria da Saúde Pública”. Em adicional, acredita-se que os resultados obtidos se devem a ideia de implementar um plano de qualificação adaptável e com a utilização de programas de capacitação à distância para o servidor público. A flexibilidade de horário para realização dos cursos, a otimização do tempo, o respeito ao ritmo individual de aprendizado, o fácil acesso, a gratuidade, além da qualidade do material e do conteúdo que se mostrou atualizado e apresentado principalmente em vídeos, consideradas vantagens do ensino a distância, favoreceu a participação no projeto.

PALAVRAS-CHAVE: Qualificação profissional; Liderança; Desenvolvimento de pessoal.

AFILIAÇÃO

1. Assistente Técnico de Saúde, especialista em Gestão de Pessoas na Administração Pública/FAAP, Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros/LACEN/SES/GO; E-mail: ivaneide.santos@goias.gov.br
2. Diretor Geral de Unidade de Saúde, Farmacêutico Bioquímico, Especialista em Gestão de Negócios em Saúde/FGV, Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros/LACEN/SES/GO;
3. Assistente Técnico de Saúde, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/FIOCRUZ, Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros/LACEN/SES/GO;
4. Auxiliar de Saúde, Atuação em Gestão de Pessoas, Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros/LACEN/SES/GO;
5. Diretor Administrativo de Unidade de Saúde, Biomédico, Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros/LACEN/SES/GO;
6. Biomédica, Doutora em Ciências da Saúde/UFG, Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros/LACEN/SES/GO.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos diretores, cada coordenador, subcoordenador e demais profissionais que acreditaram nesse projeto e fizeram dele uma experiência a ser compartilhada.

REFERÊNCIAS

1. Bergue ST. Gestão de pessoas: liderança e competências para o setor público [Internet]. Brasília: Enap; 2019 [citado em 17 Fev 2025]. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/jspui/handle/1/4283>
2. Chiavenato I. Administração nos novos tempos: os novos horizontes em administração. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2020.
3. Cortella MS. Quem sabe faz a hora!: iniciativas decisivas para gestão e liderança. 1. ed. São Paulo: Planeta; 2021.
4. Rafael DH, Tonietto L, Scholz RH (orgs.). Liderança e aprendizagem organizacional. Canoas, RS: Universidade La Salle EAD; 2020.
5. Silva E, De Souza MV, Barbosa U, da Silva LP. Gestão de Equipes. EnGeTec em Revista [Internet]. 2024 [citado em 4 abr. 2025]; Disponível em: https://revista.fateczl.edu.br/index.php/engetec_revista/article/view/151/122

SAÚDE SEM ESPERA: EXPLORANDO AS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA IMPLANTAÇÃO DO FLUXO

Bruna de Castro **Fernandes**¹, Lorena **Nunes Mota**², Luciano de Moura **Carvalho**³, Sérgio Alberto Cunha **Vêncio**⁴, Rasível dos Reis **Santos Júnior**⁵

RESUMO

Introdução: O acesso oportuno aos serviços de saúde é um dos pilares da equidade e essencial para a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, as longas filas para consultas especializadas e internações emergenciais representam desafios recorrentes, impactando diretamente a qualidade do atendimento e a eficiência do sistema. Neste cenário, a regulação eficiente de consultas e exames, integrada à regulação de internações, surge como uma estratégia para otimizar recursos e reduzir os tempos de espera. O fluxo *Saúde Sem Espera* foi implementado entre a Gerência de Regulação de Internações e a Gerência de Regulação de Exames e Consultas, com o objetivo de otimizar o acesso dos pacientes que aguardam encaminhamento ou autorização para internação, direcionando-os para avaliações especializadas no âmbito ambulatorial. A utilização de vagas remanescentes nas consultas ambulatoriais visa diminuir o tempo de espera para avaliação e evitar o desperdício de recursos, promovendo maior eficiência no uso dos serviços de saúde. **Objetivo:** O principal objetivo deste estudo foi identificar as potencialidades e fragilidades decorrentes da implantação do fluxo *Saúde Sem Espera* entre as gerências de regulação, buscando avaliar os impactos na redução do tempo de espera e na otimização do uso das vagas para consultas ambulatoriais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade relato de experiência, desenvolvido a partir das percepções e vivências dos autores na implementação do fluxo. A experiência foi realizada na Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, envolvendo a integração entre a Gerência de Regulação de Internações e a Gerência de Regulação de Exames e Consultas. O fluxo *Saúde Sem Espera* consistiu no agendamento de consultas ambulatoriais em vagas remanescentes ou ociosas para pacientes que aguardavam encaminhamento ou internação nas unidades de pronto atendimento. Após avaliação do médico regulador, aqueles com perfil para atendimento ou avaliação em ambulatório especializado foram agendados para consultas especializadas, otimizando o acesso e reduzindo o desperdício de recursos. **Resultados e Discussão:** As principais potencialidades identificadas na implementação do fluxo foram as seguintes: (I) A utilização de vagas remanescentes na agenda ambulatorial, que seriam desperdiçadas, trouxe benefícios significativos para o processo, proporcionando melhor alocação dos recursos e maior agilidade no atendimento; (II) A otimização do acesso para pacientes que aguardavam encaminhamento nas unidades de urgência, permitindo que fossem atendidos de forma mais rápida; (III) A diminuição do tempo de espera para avaliação ou internação nas unidades de pronto atendimento ou hospitalares, reduzindo o tempo que os pacientes aguardavam para transferência; (IV) A articulação entre as gerências de regulação de consultas e internações proporcionou uma visão mais integrada do processo de atendimento, permitindo um fluxo mais contínuo e coordenado para os pacientes; e (V) Ao redirecionar os pacientes para avaliação ambulatorial, foi possível identificar casos que poderiam ser resolvidos mais rapidamente, evitando internações desnecessárias e promovendo um modelo de cuidado mais preventivo. Embora o fluxo tenha apresentado avanços significativos, algumas fragilidades também foram identificadas: (I) A alta demanda por determinadas especialidades gerou um desajuste entre a disponibilidade de vagas remanescentes e as necessidades dos pacientes, o que necessitou de uma redistribuição estratégica mais assertiva; (II) A disponibilidade de vagas ambulatoriais nem sempre coincide com a data da solicitação, causando desalinhamento entre a demanda e a oferta imediata de atendimento. **Considerações Finais:** A implementação do fluxo *Saúde Sem Espera* demonstrou ser uma estratégia promissora para otimizar o uso das consultas especializadas e reduzir os tempos de espera nas unidades de saúde. Apesar das fragilidades identificadas, especialmente no que se refere à distribuição das especialidades e à adequação dos tempos de agendamento, os resultados indicam que o fluxo contribuiu para uma maior eficiência no acesso ao atendimento, o que pode resultar em uma melhor gestão dos recursos e em um atendimento mais rápido e adequado para os pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde pública; Gestão em saúde; Atenção secundária à saúde; Consulta médica.

AFILIAÇÃO

1. Enfermeira. Gerente de Regulação de Exames e Consultas – GERE/SUREG/SUBPAS/SES-GO; bruna.fernandes@goias.gov.br
2. Enfermeira. Superintendente de Regulação, Controle e Avaliação – SUREG/SUBPAS/SES-GO;
3. Enfermeiro. Subsecretário de Políticas e Ações em Saúde/SUBPAS/SES-GO;
4. Médico, Secretário Adjunto – GADJ/SES-GO;
5. Médico, Secretário de Estado da Saúde - GAB/SES-GO.

AGRADECIMENTOS

Às equipes da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação que compraram a ideia do fluxo, acreditando nas suas potencialidades e contribuem para que ele seja cada vez mais ampliado às novas necessidades de acordo com análise da demanda.

SISTEMA INFOPEFI – MAIS AGILIDADE E RESULTADO NAS ANÁLISES DE OCORRÊNCIAS COM IMUNOBIOLOGICOS NO ESTADO DE GOIÁS

Andréa Cristina **Carvalho**¹, Allessandra do Socorro **Santana**¹, Carolina de Paula Nunes Barbosa **Quintão**¹, Joice Kellen Silva Santos Nogueira **Dorneles**¹

RESUMO

Introdução: O recebimento, armazenamento, distribuição, transporte, manuseio e administração de imunobiológicos devem seguir as boas práticas de armazenamento, conservação e administração. Os imunobiológicos, ao passarem por todas essas etapas, precisam de cuidados e atenção para que não ocorram eventos, problemas ou situações associadas aos imunobiológicos que gerem perdas desses produtos. Para isso, toda a equipe que trabalha nessas etapas deve ser periodicamente capacitada, recebendo treinamentos e as instruções que visam diminuir as falhas humanas e de equipamentos que poderiam ocasionar perdas de produtos. O controle rigoroso dos imunobiológicos registra desde a sua chegada na rede de frio até a administração nos pacientes nas unidades de saúde, sendo que, todas as ocorrências nesse intervalo, devem ser notificadas¹. Essas ocorrências podem ser: queixas técnicas, erros de imunização, perdas físicas ou excursão de temperatura². Todas essas ocorrências devem ser notificadas e avaliadas. As queixas técnicas: são suspeitas de alterações em produtos ou irregularidades de empresas e devem ser notificadas diretamente à Anvisa através do Sistema Vigimed. Os erros de imunização: são qualquer evento evitável que pode causar ou levar ao uso inadequado de medicamentos, sendo atualmente notificados no sistema E-SUS Notifica para avaliação e monitoramento. Perda física: ocorrem quando a embalagem primária ainda não foi aberta podendo ser uma quebra ou fissura do frasco, vencimento de validade. Excursão de temperatura: trata-se também de uma forma de provável perda física que ocorre quando os imunobiológicos permanecem fora das temperaturas recomendadas por um tempo considerável. As excursões de temperatura, até dezembro/2024, eram notificadas de forma manual pelos municípios sendo encaminhadas às suas respectivas regionais de saúde, que repassavam ao Estado pelo sistema SEI (Sistema Eletrônico de Informação), onde eram anexados os documentos dos municípios. O Estado, por sua vez, analisava e emitia parecer com as medidas a serem adotadas que poderiam ser a manutenção de uso dos imunobiológicos ou o descarte deles. Uma vez que essas notificações e análises eram manuais, não havia controle das quantidades de desvios em cada unidade e região de saúde. Diante do exposto, o Estado optou pela criação de um sistema de notificação de ocorrências em imunobiológicos para o registro de dados de desvio de qualidade por excursão de temperatura. A inclusão desses registros no novo sistema torna possível quantificar e avaliar as ocorrências dos eventos em relação à unidade de saúde – local da ocorrência e à regional de saúde. O sistema Infopefi (Informações de Perdas Físicas) foi criado pela Coordenação de Ações e Imunização e Coordenação de SIPNI da Gerência de Imunização do Estado em parceria com a Coordenação de Desenvolvimento de Sistema da Gerência de Tecnologia do Estado. Este sistema visa agilizar o trâmite das notificações das ocorrências em imunobiológicos entre Municípios—Estado e Estado—Município. Com isso, a participação das Regionais de Saúde passa a ser mais estratégica, e os trâmites burocráticos anteriormente realizados pelo SEI são substituídos por um fluxo mais dinâmico e direto, sem comprometer a segurança e a rastreabilidade das informações. Além disso, com o registro dessas situações associadas aos imunobiológicos, o Estado terá acesso a relatórios que podem quantificar as ocorrências, facilitando a análise de dados e podendo traçar estratégias para melhor controle dessas ocorrências e capacitações mais direcionadas às equipes nas regiões de saúde com maior número de registros. **Objetivos:** Conhecer as principais situações associadas aos imunobiológicos que ocorrem nos municípios, com maior agilidade, para a tomada de ações que melhorem o controle, qualidade e manutenção dos imunobiológicos. **Metodologia:** Inicialmente, o sistema foi disponibilizado apenas para as unidades do município de Goiânia, onde foram realizados os testes iniciais e corrigidas eventuais falhas. Esse período de testes ocorreu ao longo de 2024. Nessa primeira fase, foi possível observar a agilidade do sistema e a facilidade na avaliação. Também foram identificadas e corrigidas falhas, além de implementadas melhorias pela equipe de desenvolvimento. Em julho de 2024, foi realizada uma capacitação para todas as regionais de saúde e municípios sede, que se tornaram multiplicadores junto aos demais municípios de sua jurisdição. A partir de janeiro de 2025, o sistema foi expandido para todos os municípios do Estado. Mensalmente, será elaborado um relatório com o compilado das análises realizadas, demonstrando os registros, análises e resultados para todas as regionais de saúde que apresentaram excursões de temperatura no período para, em conjunto, elaborar um plano de trabalho propondo melhorias aos municípios. **Resultados e Discussão:** Com a utilização do sistema, é possível ao Estado de Goiás conhecer as taxas de perdas de vacinas ocorridas nos municípios, sejam por falhas humanas, de equipamentos ou falta de energia elétrica para realizar capacitações e melhorar o controle, qualidade e manutenção dos imunobiológicos. Nesse mês de janeiro/2025, primeiro mês de utilização do sistema, a gerência de imunização recebeu 26 notificações de excursões de temperatura ocorridas em 10 Regionais de Saúde do Estado. Destas excursões, 11 já foram analisadas, 1 foi devolvida, 14 ainda estão em análise, seja porque ainda não foram analisadas ou porque aguardam o parecer do INCQS/MS. Das analisadas: em 3 ocorrências os imunobiológicos foram totalmente descartados; em 7 ocorrências, estavam em condições de uso e em 1 das ocorrências parte dos imunobiológicos estavam em condições de uso e parte foram descartados. Diante de ocorrências notificadas em que é percebido falha humana é realizado reunião on-line com a equipe da sala de vacina, regional de

saúde e gerência de imunização objetivando orientar e esclarecer eventuais dúvidas sobre o armazenamento e monitoramento dos imunobiológicos, mitigando assim riscos de novos eventos. **Considerações Finais:** A sistematização do processo de trabalho relacionado aos desvios de qualidade no Estado permite conhecer as capacidades das equipes de cada município. Isso auxiliará o Estado em sua política de educação permanente, possibilitando a disponibilização de imunobiológicos com qualidade e segurança, além de reduzir descartes desnecessários.

PALAVRAS-CHAVE: Imunização; Vacina; Refrigeração; Gestão em saúde; Economia da saúde.

AFILIAÇÃO

1. Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Gerência de Imunização (GI) – Goiânia, GO – Brasil. andrea.carvalho@goias.gov.br, pnigoias@gmail.com

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Gerência de Tecnologia (GETEC) / Superintendência de Tecnologia, Inovação e Saúde Digital (SUTIS) do Estado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.

SISTEMATIZAÇÃO PARA MONITORAMENTO DAS UNIDADES HABILITADAS EM ALTA COMPLEXIDADE EM GOIÁS PELA COORDENAÇÃO DE HABILITAÇÃO/GEPP/SUREG/SUBPAS DA SES-GO

Junelle Paganini **Lopes**¹, Chrystiane **Castella**², Oriana Nikare Gomes **Rego**³, Fabiany Cristina Santos **Nunes**⁴, Lorena Nunes **Mota**⁵, Luciano de Moura **Carvalho**⁶, Sérgio Alberto Cunha **Vêncio**⁷, Rasível do Reis **Santos Júnior**⁸

RESUMO

Introdução: Entende-se por habilitação de serviços de saúde, o ato do Gestor Federal que ratifica o credenciamento do Gestor Pleno do Sistema Municipal ou Estadual do SUS, devidamente encaminhado ao Ministério da Saúde pelo respectivo Gestor Estadual, com o objetivo de captar recursos financeiros, para serviços previamente definidos e estruturados. Para o processo de habilitação, são utilizados como instrumentos norteadores, as Portarias Ministeriais¹, que instituem normas com diretrizes referentes às condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência integral e especializada. As Unidades de Saúde, quando devidamente habilitadas, devem oferecer, obrigatoriamente e conforme os parâmetros e disposições estabelecidos nas portarias norteadoras, todos os procedimentos de média e alta complexidade compatíveis com os respectivos serviços relacionados, além de realizar a produção mínima dos serviços habilitados. A produção mínima, portanto, é um pressuposto para a manutenção dos serviços habilitados pelo Ministério da Saúde. Diante disso, para monitorar os serviços habilitados, é fundamental avaliá-los de forma sistemática, conforme preconizado em Portaria Ministerial. Dessa forma, a unidade de saúde habilitada que não alcançar o mínimo de procedimentos cirúrgicos, ambulatoriais e de exames, nos últimos 12 meses terá sua habilitação reavaliada, quanto à continuidade ou suspensão. No Estado de Goiás, esse processo é realizado pela Coordenação de Habilitação (COHAB), que integra a estrutura da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) e, atualmente, está integrada à Gerência de Processamento da Produção (GEPP), da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação (SUREG), subordinada à Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde (SUBPAS). **Objetivos:** O presente estudo tem como finalidade apresentar o fluxo dos processos de trabalho no que diz respeito à monitorização das unidades de saúde habilitadas pelo Ministério da Saúde com relação a produção e condições técnicas preconizadas em portarias ministeriais, das Unidades Hospitalares do Estado de Goiás. **Metodologia:** O norteador metodológico deste estudo é avaliar o resultado do monitoramento dos serviços habilitados no Estado de Goiás, com a implantação sistematizada de um fluxo de trabalho desenvolvido pela Coordenação de Habilitações da SES/GO. Para a implantação foram estabelecidas as seguintes etapas: 1. Visitas técnicas: Realizadas pela equipe da COHAB às unidades de Saúde habilitadas no Estado de Goiás. 2. Aplicação de questionário de história do gestor: Instrumentos de coleta de dados elaborados pelo Ministério da Saúde e disponibilizados nas portarias norteadoras, garantindo a padronização e a eficiência do processo. Os questionários abrangem as questões referentes aos pré-requisitos necessários para a habilitação, como equipamentos, serviço de diagnóstico, recursos humanos, estrutura física e funcional, entre outros². 3. Sistema Órion³: Painel de monitoramento criado pela COHAB, disponível no Painel Inovação do site da SES-GO, na aba "Gestão". O Órion foi desenvolvido para facilitar o trabalho de monitoramento de forma automática e prática, além de publicizar os resultados. Atualmente, são monitorados no Órion os dados do estado de Goiás referentes às habilitações em traumatologia, neurologia e cardiologia. O sistema está em expansão para incluir os dados de todas as habilitações de média e alta complexidade, que possuam parâmetros de produção definidos em Portaria do Ministério da Saúde de forma gradativa. **Resultados e Discussão:** A implantação do fluxo de trabalho para a sistematização do monitoramento dos serviços habilitados na média e alta complexidade no Estado de Goiás trouxe como resultado um processo de mais transparência, a padronização do fluxo de trabalho e melhor acompanhamento junto às Unidades. Conforme determinado nas portarias dos serviços habilitados, o monitoramento das habilitações deve ser realizado obrigatoriamente a cada 12 meses e é importante ressaltar que os municípios gestores dos estabelecimentos de saúde - sejam eles privados (contratualizado)⁴, filantrópicos ou públicos - também devem realizar monitoramento do serviço dentro do período exigido (12 meses), com o levantamento de dados de produção das unidades, a fim de compará-las às metas da portaria que regem o serviço. O monitoramento da União também é realizado anualmente e se dá de forma virtual através de dados dos sistemas nacionais de informação. Isso evidencia a necessidade de atualização constante dos dados referentes à produção das unidades de saúde nos sistemas do Ministério da Saúde⁵. **Considerações Finais:** O monitoramento das unidades de saúde com serviços habilitados pelo Ministério da Saúde revela-se crucial para a gestão eficiente e a garantia da qualidade dos serviços prestados. A identificação de irregularidades nas Unidades já monitoradas no Estado de Goiás, por meio desse fluxo estruturado, não apenas evidencia a necessidade de aprimoramento contínuo, mas também fortalece a base para a tomada de decisões estratégicas. Os dados coletados, portanto, fornecem insights valiosos para a gestão, permitindo a otimização de recursos, a correção de falhas e a implementação de medidas preventivas, assegurando, em última instância, a entrega de serviços de excelência à população.

PALAVRAS-CHAVE: Credenciamento; Homologação; Avaliação dos serviços de saúde; Mecanismos de avaliação da assistência à saúde.

AFILIAÇÃO

1. Biomédica, Gerente de Processamento da Produção - GEPP/SUREG/SUBPAS/SES-GO; junelle.lopez@goias.gov.br
2. Nutricionista, Coordenadora de Habilitação - COHAB/GEPP/SUREG/SUBPAS/SES-GO;
3. Enfermeira, Assessora Técnica de Monitoramento de Habilitação de Serviços de Saúde - GEPP/SUREG/SUBPAS/SES-GO;
4. Odontóloga, Analista da Coordenação de Habilitação - GEPP/SUREG/SUBPAS/SES-GO;
5. Enfermeira, Superintendente de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG/SUBPAS/SES-GO;
6. Enfermeiro, Subsecretário de Políticas e Ações em Saúde - SUBPAS/SES-GO;
7. Médico, Secretário Adjunto - GAB-ADJ/SES-GO;
8. Médico, Secretário de Estado da Saúde - GAB/SES-GO.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portarias de habilitações dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 31 de Mar 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/legislacao/ceo/portarias-de-habilitacoes>
2. Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Manual de pré-requisitos para habilitação SUS [Internet]. Brasília: EBSERH; [acesso em 31 de Mar 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/saude/manual-de-pre-requisitos-para-habilitacao-sus>
3. Goiás. Secretaria de Estado da Saúde. Orion - Indicadores de Saúde [Internet]. Goiânia: SES-GO; [acesso em 31 de Mar 2025]. Disponível em: <https://indicadores.saude.go.gov.br/public/orion.html>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de orientações para contratação de serviços no SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 31 de Mar 2025]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_contratacao_servicos_sus.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 31 de Mar 2025]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>

TELESSAÚDE EM GOIÁS: UMA ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE

Amanda Melo e Santos **Limongi**¹, Lorena Nunes **Mota**², Wagner Assis **Rodrigues**³, Érika Lopes Rocha **Batista**⁴, Luiselena Luna **Esmeraldo**⁵, Ana Carolina Rezende **Abrahão**⁶, Luciano de Moura **Carvalho**⁷, Sérgio Alberto Cunha **Vêncio**⁸, Diana Ferreira **Guimarães**⁹, Roberta Leão **Mesquita**¹⁰, Bruna de Castro **Fernandes**¹¹, Rafael **Souto**¹²

RESUMO

Introdução: A tecnologia digital oferece uma nova perspectiva sobre os métodos tradicionais e analíticos de trabalho, podendo levar a transformações benéficas em diversas áreas do conhecimento como a agricultura, a indústria e os serviços. No que diz respeito aos serviços, a área de saúde tem sido apontada como uma área crucial para a implementação digital. O termo 'saúde digital' possui uma definição e aplicação conceitual sugeridas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionou um ambiente para o desenvolvimento da produção e inovação da informação digital. Isso foi alcançado por meio da criação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Programa Saúde Digital (2020). O programa SUS Digital - Telessaúde foi criado em 2007 e ampliado em 2011, e agora faz parte dos programas Estratégia de Saúde Digital 2020-2028 (ESD28) e da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Uma análise da transformação digital em Goiás demonstra que o estado está na vanguarda das tendências e evoluções digitais, sendo pioneiro em diversas ações e serviços. Segundo o indicador da Associação Brasileira de Entidades Estaduais e Públicas de Tecnologia da Informação e Comunicação (ABEP-TIC), que mede o nível de governo digital, Goiás ocupa a segunda posição do país. No entanto, alguns indicadores demonstram que Goiás enfrenta desafios e requer estratégias para enfrentá-los, a exemplo os indicadores municipais de: "Acesso à internet via cabo ou fibra óptica" (50,81% dos municípios), "Agência de consulta em saúde" (6,91% dos municípios), "Emissão de alvarás" (19,92%), "Currículo escolar online" (10,16% dos municípios), "Pesquisa de satisfação relacionada aos serviços prestados pelas prefeituras" (31,71% dos municípios) e indicadores CTI (Ciência, Tecnologia e Inovação): "Mestres por 1.000 habitantes", "Doutores por 1.000 habitantes", "Startups por 1.000 habitantes" e "Ambientes Promotores de Inovações por 1.000 habitantes". Goiás vem implementando estratégias digitais para melhorar a saúde pública, principalmente no setor de saúde. Em 2014, foi criado o Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde (Conecta SUS Zilda Arns Neumann), um ambiente de *Business Intelligence* (BI) para a tomada de decisões em saúde. Em 2019, foi instituído o sistema de regulação estadual e implantado o Programa de Desenvolvimento Institucional Assistido do Sistema de Saúde (PROADI/SES-GO). Esse último permitiu incluir consultas digitais para 12 especialidades médicas, como uma proposta de ampliação de acesso a serviços de saúde em nível secundário. Em 2024, o governo, em seu planejamento, por meio da diretriz "Ampliar a Regionalização por Meio da Integralidade dos Serviços Especializados em Saúde", direcionou esforços políticos e técnicos para alinhar os planos estratégicos de saúde com a saúde digital, em especial, a Telessaúde. Espera-se que a implantação sistematizada dos serviços da Telessaúde em Goiás, em nível especializado, melhore o acesso, reduza os custos operacionais e logísticos, apoie as redes de atenção à saúde e a qualificação do atendimento ao paciente, além disso, amplie o cenário para a Internet das Coisas (IoT) e os Sistemas Digitais de Saúde (EDS), podendo no futuro estar integrados no sistema de saúde de Goiás. **Objetivo:** Apresentar um breve panorama da evolução digital em Goiás, com foco na estratégia inovadora do Ecossistema Saúde Digital/Telessaúde, desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Metodologia:** A metodologia envolve uma revisão bibliográfica e busca de dados no SES-GO para um estudo descritivo, transversal. A coleta de dados está estruturada entre dados do PROADI de 49 municípios goianos, que já utilizam a plataforma digital Telessaúde, e dados da Gerência da Atenção Primária à Saúde (GERAP/SPAIS) e da Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS/SES-GO). A nova proposta sistematizada para a implantação de um Ecossistema Digital de Saúde/Telessaúde está coletada no Sistema Logístico de Goiás (SISLOG). **Resultado e Discussão:** O estudo tem como referência os dados do PROADI/SES-GO e a telemedicina do Hospital Albert Einstein, revelando que Goiás possui 49 pontos ativos de telemedicina em 49 municípios, sendo quatro pontos com baixa produção: dois para remanejamento e dois para avaliação. Das 12 modalidades oferecidas, apenas seis têm as maiores concentrações de demanda por áreas especializadas em telemedicina. Entre 2022 e fevereiro de 2025, foram realizadas 11.030 consultas, sendo 7.735 somente em 2024. No mesmo período, foram realizados 4.474 cancelamentos devido ao não comparecimento dos pacientes, resultando em uma taxa de cancelamento de 28,8%. O projeto Ecossistema Digital em Saúde/Telessaúde, previsto para implantação em 2025, instalará 300 salas de telemedicina em Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos 246 municípios goianos. Os critérios de seleção incluem o estabelecimento da necessidade com base em listas de espera na regulação, na regionalização, na parametrização do SUS, na adesão e comprometimento do município com a implantação do projeto. O estudo estima que a implementação do Ecossistema Digital em Saúde/Telessaúde impactará positivamente a redução da lista de espera em 75% a 85%, proporcionalmente aos resultados do PROADI/SES-GO. O projeto também pode impactar o acesso, os custos operacionais e logísticos, a qualidade do atendimento ao paciente, o fortalecimento da rede de saúde e a qualificação do atendimento. **Considerações Finais:** O PROADI em Goiás demonstra um modelo robusto, de sucesso e experiência em saúde digital, transcendendo elementos conceituais, teóricos e hipotéticos, assim, a combinação de TICs e serviços de

saúde ampliou o acesso aos serviços especializados, demonstrado por meio dos atendimentos realizados *online* no referido programa. Neste sentido, o Estado de Goiás, ao oferecer um Ecossistema de Saúde/Telessaúde digital sistematizado em 2025, ancora-se nos dados científicos, nas evidências em saúde advindas do CONECTASUS e nos modelos pré-estabelecidos no PROADI/SES-GO e, considera a estratégia ampliada para a cobertura nos 246 municípios, com o foco na demanda represada por atendimento especializado na fila de regulação, a fim garantir maior segurança e assertividade na implementação desse ecossistema inovador e assegurar o acesso e a qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Telemedicina; Monitoramento em telemedicina; Telemonitoramento; Monitoramento em telessaúde.

AFILIAÇÃO

1. Superintendente de Políticas e Atenção Integral à Saúde; amandyta.melo@gmail.com
2. Superintendente de Regulação, Controle e Avaliação
3. Superintendente de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios
4. Superintendente de Regionalização
5. Superintendente de Tecnologia, Inovação e Saúde Digital
6. Subsecretaria de Inovação, Planejamento, Educação e Infraestrutura
7. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde
8. Secretário-Adjunto
9. Gerente de Saúde Digital
10. Gerente de Atenção Especializada
11. Gerente de Regulação de Exames e Consultas
12. Gerente de Telessaúde

REFERÊNCIAS

1. Weiss MC. Sociedade sensorizada: a sociedade da transformação digital. *Estud Av [Internet]*. 2019 [citado em 2 Mar 2025];33(95):203-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2019.3395.0013>.
2. Rachid R, Fornazin M, Castro L, Gonçalves LH, Penteado BE. Saúde digital e a plataforma do Estado brasileiro. *Cienc Amp Saude Coletiva [Internet]*. 2023 [citado em 3 Mar 2025];28(7):2143-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.14302022>
3. Benis A, Tamburis O, Chronaki C, Moen A. One Digital Health: a Unified Framework for future health ecosystems. *J Med Internet Res [Internet]*. 2021 [citado em 01 Mar 2025];23(2):e22189. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/22189>
4. Organização Mundial da Saúde; União Internacional das Telecomunicações. Pacote de ferramentas da estratégia nacional de eSaúde. Genebra: OMS; 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75211/13/9789248548468_por.pdf
5. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Normas Consolidadas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado em 2 Feb 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/institucional/legislacao/como-consultar/normas-consolidadas>
7. Ávila TJT, Lanza BBB, Valotto DS. Transformação digital, tecnologia e inovação nos estados brasileiros: os caminhos propostos para o período de 2023-2026 [Internet]. 1ª ed. Curitiba: Ed. dos Autores; 2023 [citado em 19 fev. 2025]. Disponível em: <https://cms.unemat.br/download/documentos/documento-arquivo/rJm3N3gPjdqNNRcb0CSI2NT6g7kSI5uXalweobgs/Edital-x.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR), Universidade Federal de Goiás. ASIS - Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. v. 1. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf.
9. Secretaria de Estado da Saúde (GO). Conecta SUS [Internet]. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; 2023 [citado em 2 Mar 2025]. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/conecta-sus/>
10. Secretaria de Estado da Saúde (GO). SES define nova fase do programa de assistência especializada para telemedicina [Internet]. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; 2023 Jul 25 [citado em 2 Mar 2025]. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/ses-participa-do-programa-de-assistencia-medica-especializada-para-telemedicina/>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado em 2 Mar. 2025]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf
12. Dall'Alba R, Coelho Neto G, Ferla AA, Senna da Silva JF. Visão de e-Saúde para o Brasil: uma discussão conceitual necessária. In: *Anais do XV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde*; 2016 Nov 27-30; Goiânia, Brasil. p. 509-520. Disponível em: https://docs.bvslud.org/biblioref/2018/07/906389/anais_cbis_2016_artigos_completos-509-520.pdf

TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO REALIZADO COM SUCESSO, RESULTANDO EM ALTA SEM COMPLICAÇÕES OU SEQUELAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Karla Cristina Naves **Carvalho**¹

RESUMO

Introdução: O período neonatal compreende uma das fases de maior risco de mortalidade infantil, com doenças de rápida evolução. Garantir que o RN seja assistido da melhor forma possível, engloba em muitos casos, transporte adequado para serviços especializados. O transporte inter-hospitalar rápido e seguro de recém-nascidos (RNs), como prematuros e aqueles com malformações congênitas complexas, nascidos em centros sem acesso a Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIs), é uma das recomendações do Ministério da Saúde para reduzir a mortalidade neonatal por causas evitáveis¹. No entanto, apesar dos estudos em Neonatologia ter progredido com o surgimento de novos equipamentos, terapêuticas e conhecimentos², ações que antecede o transporte em si, são fatores importantes que afetam diretamente o êxito da assistência prestada ao RN³. Dentre esses fatores está a comunicação do médico responsável pelo paciente à Central de Regulação do Corpo de Bombeiros, repassando informações corretas sobre as condições clínicas do RN, normalmente por chamada telefônica, as quais são importantes para se estabelecer uma prioridade no atendimento⁴. A comunicação de informações precisas, organizadas e completas do paciente é uma responsabilidade extremamente importante para os profissionais de saúde. Para o atendimento de pacientes prematuros, o processo comunicativo deve ser usado como ferramenta contínua propiciadora de segurança e clareza aos profissionais pelo fato de lidarem com situações estressantes que requerem atenção redobrada e perfeito entendimento das informações transmitidas, assim um fluxo de comunicação claro e sem ruídos, durante o processo de solicitação de vaga, é determinante para um transporte bem sucedido⁵. Por ser um processo dinâmico e complexo, o transporte neonatal requer organização e pessoal altamente qualificado, com a capacidade de agir de forma independente fora da unidade neonatal. **Objetivo:** Relatar um transporte humanizado inter-hospitalar. **Descrição da Experiência:** RN, prematuro, 31 semanas, peso de 1.140kg, perímetro cefálico de 25 cm, estatura 39 cm, glicemia 70 mg/dl, estável no momento, saturando 98% as custas de hood 50%, frequência cardíaca de 155bpm. Deu entrada em uma UTI Neonatal de um Hospital de Goiânia, proveniente de outro serviço. Apresentava quadro clínico de desconforto respiratório progressivo, gemência, cianose e distensão abdominal. Foi admitido com passagem do caso para o plantonista da UTI neonatal, com transporte dentro das diretrizes da Sociedade Brasileira de Neonatologia, ou seja, com acesso venoso, com via aérea adequada, clinicamente estável, com suporte ventilatório. Os profissionais envolvidos eram experientes na execução de atendimento pré-hospitalar devido ao tempo de serviço demonstrado, possuíam capacitação para o manejo adequado do RN prematuro durante transporte inter-hospitalar. Todos os envolvidos, incluindo-se os profissionais da enfermagem, devem ter conhecimento para a correta tomada de decisões que estão associadas ao processo, por exemplo, momento exato para realizar a transferência, determinação de riscos e habilidades de comunicação e manuais a serem executadas na vigência de intercorrências. A ausência de um desses quesitos implica em maior risco de morte do RN durante o transporte. A boa assistência no transporte resultou em menor risco de vida ao RN, pois paciente evoluiu com alta sem sequelas. **Considerações Finais:** Transportar RN prematuro em ambulância requer muito mais que equipamentos e materiais. O sucesso do transporte neonatal deve envolver avaliação de riscos e benefícios, equipe bem treinada, planejamento rigoroso, seguindo de preferências as dez etapas propostas pelas Diretrizes de Transporte do Recém-Nascido de Alto Risco da Sociedade Brasileira de Pediatria, visando sempre a segurança do paciente e o melhor desfecho possível.

PALAVRAS-CHAVE: Transporte de pacientes; Recém-nascido; Prematuro.

AFILIAÇÃO

1. Centro Estadual do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência - SIATE/SPAIS/SES-GO. medkacri@yahoo.com.br

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de orientações sobre o transporte neonatal. Brasília (DF): MS; 2010.
2. Cruz ATCT, Doth RCM, Oriá MOB, Alves MDS. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: perfil da produção científica brasileira. Cogitare Enferm. 2011 Jan-Mar; 16(1):141-7.
3. Goldsmit G, Rabasa C, Rodríguez S, Aguirre Y, Valdéz M, Pretz D, et al. Risk factors associated to clinical deterioration during the transport of sick newborn infants. Arch Argent Pediatr. 2012 Aug; 110(4):304-9.
4. Weingart C, Herstich T, Baker P, Garrett ML, Bird M, Billock J, et al. Making good better: implementing a standardized handoff in pediatric transport. Air Med J. 2013 Jan-Feb; 32(1):40-6.
5. Karlsen KA, Trautman M, Price-Douglas W, Smith S. National survey of neonatal transport teams in the United States. Pediatrics. 2011 Sept; 128(4):685-91.