



PREFEITURA DE GOIÂNIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
GOIÂNIA - GO
2026 - 2029

Dezembro

2025

Expediente

Prefeitura de Goiânia

Prefeito

Sandro Mabel

Secretaria de Saúde

Secretário

Luiz Gaspar Machado Pellizzer

Chefe de Gabinete

Yasmin Anna Russo

Gerente da Secretaria Geral

Kamilla Ernesto da Silva

Gerente de Ouvidoria

Leticia Martins Vieira

Gerente do Contencioso Fiscal

Denise Rodrigues da Costa Vieira

Diretor de Infraestrutura e Logística

Clerleis Rodrigues Lopes

Gerente de Apoio Administrativo

Max Paulino do Nascimento

Gerente de Tecnologia da Informação

Alexandre Luiz Guimarães

Gerente de Infraestrutura e Manutenção de Rede

Hatus Bruno Gomes Barbosa

Gerente de Transporte

Alexandre Emanuel Rodrigues

Diretor Financeiro e do Fundo Municipal de Saúde

Fabício Tavares do Lago

Gerente Contábil e de Prestação de Contas

Wandeir Pereira Dourado

Gerente de Execução Orçamentária e Finanças

Nilda Pereira Fernandes

Gerente de Contratos e Convênios e Credenciamento

Eliel Amorim da Silva

Gerente do Fundo Municipal de Saúde

Nelson Afonso da Silva

Secretária Executiva

Milena Sales Costa Bemfica

Assessora de Comunicação

Vitória Caetano do Nascimento

Chefe da Advocacia Setorial

Jordão Horácio da Silva Lima

Gerente da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde

Lidiane Cardoso Martins da Silva

Diretora de Políticas de Saúde

Erika Fernandes Soares

Gerente de Informações, Monitoramento e Avaliação dos Serviços de Saúde

Sara Nunes Pereira

Gerente de Planejamento e Projetos

Ana Lucia Alves Carneiro da Silva

Presidente da Comissão Especial de Licitação

Graziela Cunha Borges

Gerente de Compras

Ana Paula Silvestre

Diretora Administrativo

Camila Lucas de Souza

Gerente de Planejamento e Suprimentos da Rede

Juliana Bernardes Leão de Oliveira

Gerente de Gestão de Equipamentos Médico-hospitalares e Odontológicos

May Socorro Martinez Afonso

Coordenadora do Almoxarifado Central

Cristina Alves Pereira

Assessora Técnico Administrativo

Laila Yasminn B. Santana Prudente

Gerente de Administração, Orientação e Acompanhamento Funcional]

Karen Carolina C. de Carvalho

Gerente de Provimento, Lotação e Controle de Pessoal

José Alquindar Monteiro Magalhães

Gerente de Saúde e Segurança do Trabalho da SMS

Josy Freitas da Silva Melo

Gerente da Folha de Pagamento

Marcelo Gonçalves de Araújo

Coordenadora da Escola Municipal de Saúde Pública

Edinamar Aparecida Santos da Silva

Superintendente de Vigilância em Saúde

Flavio Toledo de Almeida

Diretora de Vigilância Epidemiológica

Flaviane Lemos Ribeiro

Gerente de Imunização

Nayara Ferreira Silva Parente

Gerente de Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis

Jennifer Barbosa Castro Caetano

Gerente de Sistemas de Informações Epidemiológicas

Deizy Clebia Fernandes Gomes

Gerente de Vigilância às Violências e Acidentes

Victor Hugo Pinheiro L. dos Santos

Diretora de Vigilância Sanitária e Ambiental

Francinez Linhares Ferreira

Gerente de Cadastro e Licenciamento Sanitários

Talita Alves dos Santos

Gerente de Fiscalização e Projetos

Livio Motta de Araújo

Gerente de Vigilância e Fiscalização em Saúde do Trabalhador

Dinamar Ferreira Silva

Diretor de Vigilância em Zoonoses

Carlos Silva Lemos

Gerente de Controle de População Animal

Anderson Cleiton Ferreira de Paula

Gerente de Controle de Vetores

Leandro Gouvea Moraes

Gerente de Controle de Animais Sinantrópicos

Daniel Graziani

Superintendente de Regulação, Avaliação e Controle

Paula dos Santos Pereira

Diretora do Complexo Regulador Municipal

Marcia Ribeiro de Souza

Gerente da Central de Regulação de Urgência

Fernando Marcos Pureza Soares

Gerente de Procedimentos de Alta Complexidade

Wanderson Fernandes dos Santos
Gerente de Procedimentos de Média Complexidade
Tulyanne Alves da Silva

Diretora de Avaliação e Controle
Daniella Ribeiro de Paula Tibúrcio

Gerente de Auditoria e Vistoria
Lys Bernardes Minasi
Gerente de Controle e Processamento Ambulatorial e Hospitalar
Aparecida de Fatima dos Santos
Gerente de Programação Pactuada Integrada
Hiarla Denise dos Santos Trezze

Superintendente de Gestão de Redes de Atenção à Saúde
Camila da Cruz Brum e Alencar

Diretor de Apoio Logístico e Assistencial
João Lucas Lopes de Oliveira

Gerente de Assistência Farmacêutica
Elieth Alves Santos Peixoto
Gerente de Saúde Bucal
Renerson Gomes dos Santos
Gerente de Apoio Diagnóstico
Juliana Monteiro Machado
Gerente de Bens não Padronizados
Raquel Alves de Siqueira
Gerente de Planejamento, Monitoramento e Avaliação
Márcio Mendes Prudente Júnior

Diretora de Atenção Primária e Promoção da Saúde
Louise Lima Ribeiro Liah

Gerente de Atenção aos Ciclos de Vida
Kelcy Anne Santana e Silva
Gerente de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis
Saulo Fernandes de Barros
Gerente de Atenção a Populações Específicas
Ana Paula de Castro Borges

Diretor de Atenção Secundária e Urgência e Emergência
Raphael Cavalcante Calixto

Gerente de Saúde Mental
Roberto Vaz de Abreu
Gerente de Urgências
Jeisa Cristina Rosa dos Santos
Gerente de Atenção Especializada
Lourena Ferreira de Oliveira
Coordenadora de Serviço de Atenção Domiciliar
Aline Maria Soares Alves do Prado

Gerente de Gestão Distrital
Keyla Ferreira Coelho

Composição do Conselho Municipal de Saúde – Biênio 2023-2025

Usuários		
Associação Grupo Aids, Apoio, Vida e Vida e Esperança	Maria Suely de Sousa Marinho	Titular
Movimento e Ação Instituto	Celidalva Souza Bittencourt	Titular
Sindicato dos Professores do Estado de Goiás	Genésio Carlos Zaffalon	Titular
Conferência dos Religiosos do Brasil	Sandra Camilo Ede	Titular
Associação Goiana de Diabéticos	Maria Dalva da Silva Pinheiro	Titular
Sindicato dos Trabalhadores em Educação de Goiás	Ana Luiza Lima de Sena	Titular
Central de Movimentos Populares de Goiás	Lúcia Darck Graciana Pereira	Titular
Associação do Down de Goiás	Neiton Pedro Chaves	Titular
União Estadual por Moradia Popular do Estado de Goiás	Venerando Lemes de Jesus	Titular
Associação de Alzheimer e Doenças Similares de Goiás	Gerinaldo Teodoro de Assunção	Titular
Sindicato dos Contabilistas de Goiânia e Região Metropolitana	Francisco Pereira Dourado	Titular
Central Única dos Trabalhadores	Sonia Maria Matheus de Barros	Titular
Grupo de Pacientes Artríticos de Goiás	Wanderley Marques da Silva	Titular
Associação dos Usuários de Saúde Mental	Vanete Resende	Titular
Sindicato dos Trab. em Instituições Federais de Educação Profissional e Tecnológica	Walmir Barbosa	Titular
Centro Vivo da Memória Contemporânea	Maria Francisca da Silva Santos	Titular
Associação dos Portadores de Câncer de Mama	Iêda Fernanda Melo dos S. Lino	Suplente
Associação Cultural Lua-Alá	Sandra Maria Auzenir Sobrinho	Suplente
Grupo Espírita Amor e Vida	Wender Veloso da Silva	Suplente
Sind. Trab. Técnico-Administrativo em Educação das IFES do Est. GO	Fernando César Silva Mota	Suplente
Associação Tio Cleobaldo	Evita Alves Duncan	Suplente
Pequi Com SUS	Maria Tereza Fleury Serbeto	Suplente
Associação de Ostomizados de Goiás do Brasil	Luciana Alves de Oliveira	Suplente
Sindicato dos Técnicos de Segurança do Trabalho do Estado de Goiás	Cecília Meireles Gois	Suplente
Pastoral da Criança - Arquidiocese de Goiânia	Gercina Francisco dos Reis Batista	Suplente
Instituto Terra Goyazes	Irândi Gonçalves de Freitas	Suplente
Movimento das Trabalhadoras e Trabalhadores por Direitos	Dennis Lucas Gonçalves	Suplente
Associação de Mulheres na Luta por Moradia	Carmina Maria Novais dos Santos	Suplente
Trabalhadores		
Sindicato dos Trabalhadores do Sistema Único no Estado de Goiás	Flaviana Alves Barbosa	Titular
Sindicato das(os) Técnicas(os) e Auxiliares em Saúde Bucal do Estado de Goiás	Maria de Fátima Veloso Cunha	Titular
Sindicato dos ACS e dos ACE do Estado de Goiás	Viviane Ferreira Corte Parreiras	Titular
Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência nos Est. de GO e TO	Elza Luiz Rodrigues de Souza	Titular
Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Goiás	Evandra da Costa	Titular
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Goiás	Sonaide Faria Ferreira Marques	Titular
Sindicato dos Odontologistas no Estado de Goiás	Karla Jorama Tavares Brandão	Titular
Sindicato de Enfermagem no Estado de Goiás	Wagner Siqueira de Oliveira	Titular
Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Federal no Estado de Goiás	Marcia Jorge	Suplente
Associação Brasileira de Enf. Acupunturistas e Enfermeiros em Prática Integrativas	Karine de Oliveira D. de Paula	Suplente
Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Goiás	Rocinilia Aparecida Melo	Suplente
Conselho Regional de Psicologia	Isabel Clímaco Mattos	Suplente
Gestores e Prestadores		
Secretaria Municipal de Saúde	Luiz Gaspar Machado Pellizzer	Titular
Secretaria Municipal de Saúde	Márcia Ribeiro De Souza	Titular
Secretaria Municipal de Saúde	Maria Cláudia H. da Silva e Souza	Titular
Secretaria Municipal de Saúde	Hiarla Denise dos Santos Trezze	Titular
Sindicato dos Laboratórios de Análises e Bancos de Sangue no Estado de Goiás	Christiane Maria do Valle Santos	Titular
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Goiânia	Rodolpho Jose Barbosa Junior	Titular
Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano	Alexsandro Jorge de Lima	Titular
Universidade Federal de Goiás	Jacqueline A. B. Leao Cordeiro	Titular
Centro de Orientação Reabilitação e Assistência ao Encefalopata	Leciuda Pereira de Sousa	Suplente
Secretaria Municipal de Saúde	Marcus Vinicius A. Magalhães	Suplente
Secretaria Municipal de Saúde	Camila Lucas de Souza	Suplente
Secretaria Municipal de Saúde	Dyogo Bruno Gonçalves Froes	Suplente

Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde – Biênio 2023-2025

Presidente: Venerando Lemes de Jesus

Vice-presidente: Celidalva Souza Bittencourt

1ª Secretária: Maria de Fátima Veloso Cunha

2ª Secretária: Jacqueline A. B. Leao Cordeiro

Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2026 - 2029

Equipe Técnica da Diretoria de Políticas de Saúde

Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva
Bárbara Mariotto Bordin Dourado
Cheila Marina de Lima
Erika Fernandes Soares
Márcia Cristina Pereira de Araújo
Sara Nunes Pereira
Sara Vieira Araújo
Sergio Nório Nakamura

Grupo Técnico de Trabalho para Formulação do Plano Municipal de Saúde 2026 a 2029 - Portaria SMS Goiânia nº 129/2025

- a) Diretoria Administrativa
 - Camila Lucas de Sousa
 - May Socorro Martinez
- b) Assessoria Técnico Administrativa
 - Yasmin Anna Russo
 - Karen Carolina Camargo de Carvalho
- c) Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação:
 - Dyogo Brunno Gonçalves Froes
 - Eliane Ribeiro
- d) Superintendência de Vigilância em Saúde:
 - Polyana Cristina Vilela Braga
 - Flávio Toledo de Almeida
- e) Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde:
 - Milena Sales Costa Bemfica
 - Tulyanne Alves da Silva
- f) Diretoria de Infraestrutura e Logística
 - Hatus Bruno Gomes Barbosa
 - Valdivino Marcos de Oliveira
- g) Conselho Municipal de Saúde:
 - Venerando Lemes de Jeus
 - Christiane Maria do Valle Santos

Participantes das Oficinas de Elaboração

Aglaid Valdejanc Queiroz Neves
Amanda Ferreira Paes Landim Ramos
Ana Letícia Soares Borges
Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva
Ana Lúcia Prudente de Araújo
Ana Paula de Castro Borges
Ana Paula Freire Barbosa
Anderson Cleiton Ferreira de Paula
Aparecida de Fátima Tobias Alves
Bárbara Mariotto Bordin Dourado
Bruna Luiza Sousa Moraes
Bruno Sergio Alves Silva
Cameron Capeletti da Silva
Camila da Cruz Brum e Alencar
Camila Lucas de Sousa
Carlinda Oliveira Braga
Carlos Silva Lemos
Cheila Marina de Lima
Clerleis Rodrigues Lopes
Daniel Graziani
Daniella Ribeiro de Paula Tibúrcio
Dayana Pereira Faria
Deizy Clebia Fernandes Gomes
Dinamar Ferreira Silva
Dyogo Brunno Gonçalves Froes
Edinamar Aparecida Santos da Silva
Eliane Ribeiro
Elieth Alves Santos Peixoto
Elizângela Euripedes Resende
Elsia Maria Rosa Novaes
Erika Fernandes Soares
Fernanda Palhares Leal
Fernando Marcos Pureza Soares
Flaviane Lemos Ribeiro
Flávio Toledo de Almeida
Francinez Linhares Ferreira
Geovana Teixeira Camargo
Geraldo Vieira Junior
Gleide Mara Carneiro Tipple
Hatus Bruno Gomes Barbosa
Hiarla Denise dos Santos Trezze
Jacqueline Andréia B. Leão Cordeiro
Jane Andrade Sinimbu
Jeisa Cristina Rosa dos Santos
Jennifer Barbosa de Castro Caetano
Jhullie Rosa da Silva
Jordanna de Souza Ferreira
Jordão Horácio da Silva Lima
Júlia Alves dos Santos Costa
Juliana Bernardes Leão de Oliveira
Juliana Monteiro Machado
Juliana Santana Teixeira
Karen Carolina Camargo de Carvalho

Kelcy Anne Santana e Silva
Laila Yasmin Bastos Santana Prudente
Leandro Gouvea Moraes
Letícia Martins Vieira
Lívio Motta de Araújo;
Louise Lima Ribeiro Liah
Lourena Ferreira de Oliveira
Luiz Gaspar Machado Pellizzer
Luzimar Sueleide de Figueiredo Rodrigues
Lys Bernardes Minasi
Márcia Botosso Di Nápoli França
Márcia Cristina Pereira de Araújo
Marcus Vinicius Alvares Magalhães
Maria Eduarda Hummel Oliveira
Marlene Moreira dos Santos Rodrigues
Mary Christinne Sousa oliveira Martins
May Socorro Martinez
Milena Sales Costa Bemfica
Namir Rodrigues de Andrade Costa
Natália de Filippo Mariosa
Natália Emerenciano de Oliveira
Nayara Ferreira Silva Parente
Pablo Ferreira Lemes de Brito
Patrícia Conceição Oliveira
Paula dos Santos Pereira
Paulo Eduardo Teodoro de Carvalho Filho
Polyana Cristina Vilela Braga
Raphael Calixto
Raquel Alves de Siqueira
Renerson Gomes dos Santos
Roberto Vaz de Abreu
Rose Mary Galan Peixoto Guimarães
Sara Nunes Pereira
Sara Vieira Araújo
Saulo Fernandes de Barros
Sebastiao Junio Menezes Campos
Sergio Nório Nakamura
Silvia Rosa de Souza Toledo
Talita Dayane Pereira e Silva
Tayná Martins Silva
Thálita Teles Nascimento Silva
Tulyanne Alves da Silva
Valdivino Marcos de Oliveira
Venerando Lemes de Jeus
Victor Hugo Bittencourt Silva
Victor Hugo Pinheiro leão dos Santos
Virgília Grazielle dos Santos Moreira Reis
Vitória Caetano do Nascimento
Wanderson Fernandes dos Santos
Wellington Tristão da Rocha
Yasmin Anna Russo
Zilah Cândida Pereira das Neves

LISTA DE SIGLAS

ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAC	Autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo
APS	Atenção Primária à Saúde
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEREST	Centros de Referência de Saúde do Trabalhador
CGIAE	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CGIAE	Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CGID/CGI	Comitê de Gestão de Indicadores Demográficos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde
CIAMS	Centro Integrado de Assistência Médico Sanitária
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRED	Credenciamento
CSAPS	Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
eAB	Equipe de Atenção Primária
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESAVI	Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
GERPLA	Gerência de Planejamento e Projetos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPS	Índice de Progresso Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentária
LIRAa	Levantamento Rápido de Índice para <i>Aedes aegypti</i>
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
NVE	Núcleos de Vigilância Epidemiológica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde

PNH	Primatas Não Humanos
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RMG	Região Metropolitana de Goiânia
RMM	Razão de Morte Materna
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIA SUS	Sistema de informações ambulatoriais do SUS
SIH SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM SUS	Sistema de informações de mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIVEP- Gripe	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VISA	Vigilância Sanitária e Ambiental'

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de área e estimativa de população e densidade populacional dos municípios da Regional de Saúde Central para o ano de 2025.....	31
Tabela 2 - População de Goiânia, segundo por sexo e faixa etária, 2025.....	34
Tabela 3 - Totais de Pessoas em Situação de Rua, Série Histórica 2012-2021, Brasil e Capitais.....	46
Tabela 4 - População residentes de Goiânia, segundo raça cor, Censos Demográficos 2010 e 2022.....	49
Tabela 5 - População residentes de Goiânia, segundo raça cor e sexo, Censo Demográfico 2022.....	50
Tabela 6 - Razão de sexo da população residente em Goiânia, por cor ou raça, 2022.....	51
Tabela 7 - Número de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, segundo peso ao nascer, SMS Goiânia, 2014 A 2024*.....	68
Tabela 8 - Demonstrativo da situação epidemiológica de dengue, Goiânia, 2015 a 2024*.....	78
Tabela 9 - Classificação dos casos de dengue, por ano de início dos sintomas, Goiânia, 2015 a 2024*.....	78
Tabela 10 - Demonstrativo da situação epidemiológica de Chikungunya em Goiânia, 2016 a 2024*.....	82
Tabela 11 - Número de doses aplicadas, distribuídas e percentual de consumo das vacinas multidoses, de curta duração após abertura do frasco, por Distrito Sanitário para o ano de 2024.....	98
Tabela 12 - Número de doses aplicadas, distribuídas e percentual de consumo das vacinas unidoses e multidoses, de longa duração após abertura do frasco, do calendário básico infantil, por Distrito Sanitário para o ano de 2024.....	98
Tabela 13 - Número de doses aplicadas, distribuídas e percentual de consumo das vacinas unidoses e multidoses, de longa duração após abertura do frasco, do calendário básico infantil, por Distrito Sanitário para o ano de 2024.....	99
Tabela 14 - Número de doses aplicadas, distribuídas e percentual de consumo das vacinas unidoses e multidoses, de longa duração após abertura do frasco, do calendário básico do adolescente e do adulto, por Distrito Sanitário para o ano de 2024.....	99
Tabela 15 - Número de doses aplicadas, distribuídas e percentual de consumo das vacinas unidoses e multidoses, de longa duração após abertura do frasco, do calendário básico do adolescente e do adulto, por Distrito Sanitário para o ano de 2024.....	100
Tabela 16 - Número de doses distribuídas, aplicadas e percentual de consumo das vacinas unidoses do calendário de imunobiológicos especiais, por Distrito Sanitário para o ano de 2024.....	100
Tabela 17 - Cobertura vacinal para as vacinas do calendário infantil (ao nascer), Goiânia – 2024.....	106
Tabela 18 - Cobertura vacinal para as vacinas do calendário infantil (crianças menores de 1 ano), Goiânia – 2024.....	107
Tabela 19 - Cobertura vacinal para as vacinas do calendário infantil (crianças de 1 ano), Goiânia – 2024.....	107
Tabela 20 - Cobertura vacinal para as vacinas do calendário infantil (crianças de 4 anos), Goiânia – 2024.....	108
Tabela 21 - Proporção de cobertura vacinal por faixa etária e tipo de vacina, Goiânia 2024.....	109
Tabela 22 - Notificações de evento supostamente atribuível à vacinação ou imunização entre janeiro e dezembro de 2024, de todas as vacinas e da Qdenga, segundo faixa etária, Goiânia, 2024.....	112
Tabela 23 - Distribuição de internações por condições sensíveis a atenção básica, Goiânia, 2015 - 2024*.....	116
Tabela 24 - frequência e percentual de internação pelo SUS de residentes em Goiânia, segundo capítulo o CID 10, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.....	121
Tabela 25 - Valor faturado (em reais – R\$) e percentual com internações de residentes em Goiânia, pelo SUS, segundo capítulo do CID 10, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.....	122
Tabela 26 - Frequência e percentual de internação pelo SUS de ocorridos em Goiânia, segundo capítulo o CID 10, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.....	123
Tabela 27 - Valor faturado e percentual de internações pelo SUS de ocorridos em Goiânia, segundo capítulo o CID 10, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.....	124
Tabela 28 - Frequência de internação hospitalar no SUS em Goiânia, de residentes, sob gestão municipal**, por grupo de procedimento, de 2019 a 2024*.....	125
Tabela 29 - Número e valores gastos com Internações Hospitalares pelo SUS por leito/especialidade, ocorridos em Goiânia, sob gestão municipal**, SMS Goiânia, 2024*.....	127
Tabela 30 - Número e valores gastos com internações hospitalares pelo SUS por leito/especialidade, residentes em Goiânia, sob gestão municipal**, SMS Goiânia, 2024*.....	127
Tabela 31 - Número de internações hospitalares ocorridas pelo SUS em Goiânia, por leito/especialidade, sob gestão municipal**, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.....	128
Tabela 32 - Número internações hospitalares pelo SUS de residentes em Goiânia, por leito/especialidade em Goiânia, sob gestão municipal**, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.....	128
Tabela 33 - Relação de hospitais que internaram pacientes pelo SUS, número e valor (R\$) das internações, em Goiânia, sob gestão municipal, SMS Goiânia, 2024*.....	129
Tabela 34 - Frequência e valor de internações hospitalares em UTI ocorridas em Goiânia, sob gestão municipal, pelo SUS segundo procedência do paciente, 2024*.....	130
Tabela 35 - Número de óbitos de residentes em Goiânia por sexo, SMS Goiânia, 2015 a 2024*.....	131

Tabela 36 - Número de óbitos de ocorridos em Goiânia por sexo, SMS Goiânia, 2015 a 2024*.	131
Tabela 37 - Número de óbitos de residentes em Goiânia por faixa etária, SMS Goiânia, 2015 a 2024*.	132
Tabela 38 - Número de óbitos ocorridos em Goiânia por causa básica, SMS Goiânia, 2024*.	132
Tabela 39 - Número de óbitos pelas causas externas em residentes de Goiânia, por sexo, 2017 a 2024*.	135
Tabela 40 - Percentual dos 10 principais tipos de neoplasias em residentes de Goiânia, por sexo masculino, em 2024*.	146
Tabela 41 - Percentual dos 10 principais tipos de neoplasias em residentes de Goiânia, por sexo feminino, em 2024*.	148
Tabela 42 - Quantitativo de estabelecimentos cadastrados no CNES, segundo tipo de estabelecimento e gestão, Goiânia, competência julho de 2025.	171
Tabela 43 - Rede física de estabelecimentos de saúde por natureza jurídica, SMS Goiânia, competência julho de 2025.	172
Tabela 44 - Distribuição dos postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação, Goiânia, julho de 2025.	182
Tabela 45 - Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão, SMS Goiânia, julho de 2025.	183
Tabela 46 - Número de servidores efetivos da SMS Goiânia, por nível de cargo – 2019 a 2024.	183
Tabela 47 - Número de afastamentos temporários de servidores, por tipo de licença, SMS Goiânia – 2019 a 2024.	186
Tabela 48 - Quantidade apresentada de procedimentos ambulatoriais, por Grupo de Procedimentos e Complexidade - Atenção Básica, sob gestão municipal, realizados pelo SUS em Goiânia, 2024*.	188
Tabela 49 - Quantidade e valores faturados apresentadas dos procedimentos ambulatoriais e hospitalar por grupo de procedimentos e caráter de atendimento - urgência, Goiânia, sob gestão municipal, 2024*.	189
Tabela 50 - Quantidade e valores faturados apresentadas de procedimentos ambulatoriais e frequência hospitalar, por forma de organização psicossocial, realizados pelo SUS em Goiânia, sob gestão municipal, 2024*.	189
Tabela 51 - Quantidade e valores faturados apresentadas de procedimentos ambulatoriais e hospitalar, segundo complexidade do procedimento média e alta complexidade, Goiânia, sob gestão municipal, 2024*.	190
Tabela 52 - Quantidade apresentada de procedimentos ambulatoriais, segundo forma de financiamento vigilância em saúde, SUS em Goiânia, sob gestão municipal, 2024*.	191
Tabela 53 – Valor, em Reais, para os indicadores do município de Goiânia, 2020 a 2024.	192

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa De Fecundidade Total, Goiânia, 2000 A 2024*	35
Gráfico 2 - Taxas específicas de fecundidade, segundo os grupos de idade, Goiânia, 2000-2024*	36
Gráfico 3 - População residente em Goiânia, por sexo, segundo faixa etária – 1991	37
Gráfico 4 - População Residente Em Goiânia, Por Sexo, Segundo Faixa Etária – 2025	37
Gráfico 5 - Mortalidade proporcional em residentes de Goiânia, 1980 – 2024*	39
Gráfico 6 – Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 25 Kg/M ²), por sexo, Goiânia, 2006 A 2023	40
Gráfico 7 – Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 Kg/M ²), por sexo, Goiânia, 2006 A 2023	41
Gráfico 8 – Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade (IMC ≥ 30 Kg/M ²), por sexo, segundo as capitais dos Estados Brasileiros e o Distrito Federal, VIGITEL, 2023	42
Gráfico 9 – Número de imigrantes registrados, segundo tipologia amparos, em Goiânia, acumulado de 2010 a setembro de 2025	44
Gráfico 10 – Faixa de renda de Pessoas em Situação de Rua, acumulado 2012 a 2021	47
Gráfico 11 - Número de Nascidos Vivos em Goiânia, segundo local de residência da mãe, SMS Goiânia, 2014 A 2024*	63
Gráfico 12 - Percentual de Nascidos Vivos em Goiânia, segundo local de Residência da mãe, SMS Goiânia, 2024*.	63
Gráfico 13 - Número de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, por sexo, SMS Goiânia, 2014 – 2024*	64
Gráfico 14 - Número e percentual de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, segundo número de consultas de pré-natal, SMS Goiânia, 2014 – 2024*	65
Gráfico 15 - Percentual de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, segundo faixa etária da mãe, SMS Goiânia, 2014 A 2024*	66
Gráfico 16 – Número de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, segundo tipo de parto, SMS Goiânia, 2014 a 2024*	69
Gráfico 17 – Percentual de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, segundo tipo de parto, SMS Goiânia, 2014 a 2024*	70
Gráfico 18 – Total de Nascidos Vivos por tipo de parto e percentual de partos vaginais realizados pelo SUS e pela saúde suplementar, Goiânia 2015 a 2024*	71
Gráfico 19 - nascidos Vivos com 7 ou + consultas de pré-natal realizados pelo SUS e pela saúde suplementar, Goiânia, 2015 a 2024*	75
Gráfico 20 - Percentual de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, segundo raça/cor, SMS Goiânia, acumulado de 2015 a 2024*, Goiânia, 2015 a 2024*	76
Gráfico 21 - Óbito por dengue segundo ano inicial dos sintomas, Goiânia, 2015 a 2024*	79
Gráfico 22 - Frequência por sorotipo dengue segundo ano inicial dos sintomas, Goiânia, 2015 a 2024*	79
Gráfico 23 - Percentual por sorotipo dengue segundo ano inicial dos sintomas. Goiânia, 2015 a 2024*	80
Gráfico 24 - Incidência (por 100.000) de casos prováveis de dengue, por distritos sanitários, Goiânia, 2024*	81
Gráfico 25 - Diagrama de controle de casos prováveis de dengue em Goiânia – 2024 e 2025*	81
Gráfico 26 - Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes, Goiânia, 2015 a 2024*	83
Gráfico 27 - Taxa de detecção anual dos casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, por 100 mil habitantes, Goiânia, 2015 a 2024*	84
Gráfico 28 - Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano, Goiânia, 2015 a 2024*	84
Gráfico 29 - Coeficiente de incidência de todas as formas de tuberculose, por 100 mil habitantes, Goiânia, 2015 a 2024*	85
Gráfico 30 - Percentual de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, Goiânia, 2011 a 2024*	86
Gráfico 31 - Percentual de casos novos de tuberculose que realizaram teste para HIV, Goiânia, 2015 a 2024*	86
Gráfico 32 - Coeficiente de mortalidade por tuberculose, por 100 mil habitantes, Goiânia, 2015 a 2024*	87
Gráfico 33 – Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar, Goiânia, 2015 a 2024*	87
Gráfico 34 - Número de casos e taxa de detecção de AIDS, por 100.000 mil habitantes em maiores de 13 anos, Goiânia, 2015 a 2024*	88
Gráfico 35 - Número de casos e taxa de detecção de infecção pelo HIV, por 100.000 mil habitantes em maiores de 13 anos, Goiânia, 2015 a 2024*	89
Gráfico 36 - Razão de sexo e taxa de detecção de infecção pelo HIV por sexo, por 100.000 mil habitantes em maiores de 13 anos, Goiânia, 2015 a 2024*	89

Gráfico 37 – Razão de sexo e taxa de detecção de AIDS, por sexo, por 100.000 mil habitantes em maiores de 13 anos. Goiânia, 2015 a 2024*.	90
Gráfico 38 - Distribuição territorial (por distrito sanitário) dos casos de infecção pelo HIV e AIDS em maiores de 13 anos - 2015 a 2024* - Goiânia.	90
Gráfico 39 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) em residentes de Goiânia, 2015 a 2024*.	91
Gráfico 40 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico de residentes em Goiânia, 2015 a 2024*.	92
Gráfico 41 - Taxa de incidência de sífilis congênita (1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico de residentes em Goiânia, 2015 a 2024*.	92
Gráfico 42 - Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis de gestantes residentes em Goiânia, 2015 a 2024*.	93
Gráfico 43 - Percentual da idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis de gestantes residentes em Goiânia, 2015 a 2024*.	94
Gráfico 44 – Monitoramento mensal da sífilis em gestante e sífilis congênita, por mês, SMS, Goiânia, 2024*.	95
Gráfico 45 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde, por ciclo de vida, Goiânia, 2024*.	117
Gráfico 46 - Valor gasto com internação hospitalar no SUS em Goiânia, de residentes, sob gestão municipal**, por grupo de procedimento, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.	125
Gráfico 47 - Frequência de internações realizadas no SUS em Goiânia, sob gestão municipal**, segundo procedência do paciente, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.	126
Gráfico 48 - Valor faturado com internações realizadas no SUS em Goiânia, sob gestão municipal**, segundo procedência do paciente, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.	126
Gráfico 49 – Número de internações em UTI pelo SUS ocorridas em Goiânia, segundo procedência do paciente, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.	130
Gráfico 50 - Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) pelas causas externas e por sexo, em residentes de Goiânia, 2015 a 2024*.	136
Gráfico 51 - Proporção (%) de óbitos pelas causas externas em residentes de Goiânia, por escolaridade, 2015 a 2024*.	137
Gráfico 52 - Proporção (%) de óbitos por causas externas em residentes de Goiânia, por raça/cor, 2015 a 2024*.	140
Gráfico 53 - Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) de óbitos por causas externas em residentes de Goiânia, por faixa etária, 2015 e 2024*.	141
Gráfico 54 - Taxa de mortalidade prematura pela 4 principais DCNT, residentes em Goiânia 2015 a 2024*.	143
Gráfico 55 - Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por neoplasias em residentes de Goiânia, 2015 a 2024*.	145
Gráfico 56 - Coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000), de mães residentes em Goiânia, 2015 a 2024*.	151
Gráfico 57 - Coeficiente de mortalidade neonatal (precoce e tardia e pós neonatal) (por 1.000), de mães residentes em Goiânia, 2015 a 2024*.	153
Gráfico 58 - Razão de mortalidade materna (100.000 NV), residentes em Goiânia, 2015-2024*.	156
Gráfico 59 - razão de mortalidade materna (100.000 NV) por raça/cor da pele, residentes em Goiânia, 2015-2024*.	158
Gráfico 60 - Percentual de morte materna em residentes de Goiânia, segundo faixa etária, acumulado de 2015 a 2024*.	159
Gráfico 61 - Razão de mortalidade materna (100.000 NV). Goiânia, 2011-2020*.	160
Gráfico 62 - Proporção de pessoas que tinham algum plano de saúde, médico ou odontológico, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Goiânia – 2019.	173
Gráfico 63 - Proporção de pessoas que tinham algum plano de saúde, médico ou odontológico, por tipo de plano, segundo a condição de ocupação e as faixas de renda - Goiânia – 2019.	174
Gráfico 64 - Proporção de pessoas que deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução, Goiânia - 2019.	178
Gráfico 65 - Proporção de pessoas que costumam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde, quando precisam de atendimento de saúde, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça, o nível de instrução e por rendimento domiciliar per capita, Goiânia – 2019.	179
Gráfico 66 - Proporção de pessoas que consultaram médico nos últimos doze meses anteriores à data da entrevista, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça, o nível de instrução e o rendimento, Goiânia - 2019.	179
Gráfico 67 - Proporção de pessoas que consultaram dentista nos últimos doze meses anteriores à data da entrevista, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça, o nível de instrução e o rendimento, Goiânia - 2019.	181

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - divisão por Distritos Sanitários de Saúde, Goiânia - GO, 2021	32
Figura 2 - Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*	149
Figura 3 – Organograma da SMS Goiânia, 2025	176

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variação ano a ano da taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por neoplasias em residentes de Goiânia – 2015 a 2024*.....	144
Quadro 2 - Diretrizes e Objetivos do PMS 2026-2029, SMS Goiânia.....	195
Quadro 3 - Descrição dos Valores aprovados por Diretrizes do Plano Plurianual, SMS Goiânia, 2026 – 2029*.....	266

SUMÁRIO

Lista de Siglas	8
Lista de Tabelas.....	10
Lista de Gráficos	12
Lista de Figuras	14
Lista de Quadros.....	15
Apresentação	19
Introdução.....	21
Metodologia	26
1. Caracterização do Município	29
1.1. Aspectos Geográficos	29
1.2. Aspectos Demográficos	33
1.3. Transições Demográficas, Epidemiológica e Nutricional.....	34
1.3.1. Taxa de Fecundidade	34
1.3.2. Transição Demográfica.....	36
1.3.3. Populações Específicas.....	43
1.3.4. Etnias/cor e migração	49
1.4. Condições de Vida da População.....	52
1.4.1. Economia, trabalho e ocupação.....	53
1.4.2. Moradia e Densidade Domiciliar	55
1.4.3. Presença de animais.....	56
1.4.4. Saneamento Básico	56
1.4.5. Ensino, matrícula, docentes, rede escolar	57
1.4.6. Violências e Segurança.....	58
1.4.7. Lazer e Turismo	59
1.4.8. Organização religiosa	60
1.4.9. Organização política.....	61
2. Situação de Saúde do município.....	62
2.1. Nascidos Vivos	62
2.2. Perfil de Morbidade.....	76
2.2.1. Doenças Transmissíveis.....	77
2.2.2. Doenças Imunopreveníveis	95
2.2.3. Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	112

2.2.4.	Internações	119
2.3.	Perfil de Mortalidade.....	131
2.3.1.	Por Causas Externas	133
2.3.2.	Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	141
2.3.3.	Por Neoplasias.....	143
2.3.4.	Mortalidade Infantil	150
2.3.5.	Mortalidade Materna.....	154
2.4.	Fatores de Risco e Proteção à saúde em Goiânia.....	160
2.5.	Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	165
2.5.1.	Intoxicações Exógenas	166
2.5.1.	Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho.....	167
3.	Rede de Saúde.....	170
3.1.	Estabelecimentos de Saúde.....	170
3.2.	Planos de Saúde.....	172
3.3.	Secretaria Municipal de Saúde	175
3.4.	Utilização dos Serviços de Saúde.....	177
4.	Trabalhadores da Saúde	182
5.	Produção da SMS Goiânia	188
5.1.	Atenção Básica.....	188
5.2.	Urgência e Emergência	188
5.3.	Atenção Psicossocial.....	189
5.4.	Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar	190
5.5.	Vigilância em Saúde.....	190
6.	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde.....	192
7.	Diretrizes e Objetivos	195
8.	Ações, Indicadores e Metas	196
8.1.	Diretriz 1 - Moderniza SUS Gyn	196
8.1.1.	Diretriz 1 – Objetivo 1	196
8.1.2.	Diretriz 1 – Objetivo 2	207
8.2.	Diretriz 2 - Atenção Primária Mais Perto de Você	211
8.2.1.	Diretriz 2 – Objetivo 1	211
8.3.	Diretriz 3 - Farma SUS! Aqui Tem Remédio!.....	232
8.3.1.	Diretriz 3 – Objetivo 1	232
8.4.	Diretriz 4 - Goiânia Tem Especialista!	235
8.4.1.	Diretriz 4 – Objetivo 1	235
8.4.2.	Diretriz 4 – Objetivo 2	244

8.5.	Diretriz 5 - Vigilância que protege. Saúde que chega antes.	250
8.5.1.	Diretriz 5 – Objetivo 1	250
8.5.2.	Diretriz 5 – Objetivo 2	262
9.	Valores aprovados por Diretrizes no Plano Plurianual 2026 - 2029.....	266
10.	Monitoramento e Avaliação.....	267
	Considerações Finais.....	271
	Referências Bibliográficas	273
	Bibliografias	276
	Apêndice 01 - Principais Legislações Brasileiras Sobre Gestão e Planejamento no SUS.....	279
	Anexo 01 – Portaria nº 129/2025.....	289

APRESENTAÇÃO

Os rumos da política pública de saúde são norteados pelo Plano Municipal de Saúde (PMS), elaborado no primeiro ano da gestão e é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde para o período de quatro anos. Nele, apresentam-se os compromissos do governo para o setor saúde.

Além de ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e ser uma exigência legal, é um instrumento fundamental de gestão e controle social, para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), e por meio dele busca-se o caminho a ser seguido para alcançar a missão da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia na construção Políticas Públicas de Saúde de forma democrática, ascendente, que reduza as iniquidades do sistema e contribua para a consolidação das condições organizacionais da instituição.

A partir de uma análise situacional das necessidades de saúde da população e das especificidades intramunicipais, o PMS estabelece diretrizes, objetivos e metas de médio prazo, que orientam as ações que serão executadas nas Programações Anuais de Saúde, tendo como base o perfil demográfico, epidemiológico e sanitário da população goianiense, o Relatório da XII Conferência Municipal de Saúde, os projetos prioritários das Redes de Atenção à Saúde, o diagnóstico situacional realizado pelos gestores e as propostas do Plano de Governo para a saúde na gestão 2026 a 2029. Esse instrumento de planejamento expressa o compromisso da gestão com a efetivação e o fortalecimento do SUS municipal em busca da universalidade, equidade e integralidade, objetivando a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida da população.

Este documento final representa a-síntese de um processo de discussão e decisão sobre o enfrentamento de um conjunto de problemas, que foram selecionados e priorizados a partir de um equilíbrio entre as necessidades de saúde da população Goianiense, respeito às legislações vigentes para o setor Saúde, compromissos políticos assumidos e limites econômicos, visando a efetivação das ações e o cumprimento das metas estabelecidas. Estruturado em duas partes, a primeira caracteriza o município de Goiânia em seus aspectos demográficos, socioeconômicos, epidemiológico, rede física e produção dos serviços de saúde. A segunda expõe as diretrizes, objetivos, ações, indicadores e metas e sua respectiva orçamentação, a serem alcançadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

A elaboração do PMS foi conduzida de forma participativa e democrática, envolvendo o Conselho Municipal de Saúde e todas as áreas administrativas da Secretaria Municipal de Saúde

(SMS), além de contar com a contribuição direta e indireta de centenas de pessoas. Esse processo de construção coletiva fortaleceu o compromisso com uma gestão pública mais eficiente, transparente e alinhada às reais necessidades da população.

A metodologia adotada possibilitou à gestão e aos profissionais de saúde desenvolverem intervenções mais eficazes e direcionadas às demandas reais das áreas adscritas, tendo o compromisso de publicizar e orientar, técnica e politicamente, os compromissos das gestões da SMS para o quadriênio, cumprindo um preceito legal e demonstrando respeito com os usuários, bem como, o compromisso da gestão com a implementação e o fortalecimento do SUS.

INTRODUÇÃO

O Planejamento em saúde é um processo permanente da gestão assegurado pela Constituição Federal de 1988, que busca gerar e articular mudanças e aprimorar o desempenho dos sistemas de saúde.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas que o orientam avançaram no reconhecimento do planejamento e seus instrumentos para a gestão da saúde pública, como um processo de movimento contínuo, articulado, integrado e solidário. Reunindo as condições singulares para que se exercitem, em plenitude, os princípios da universalidade, integralidade e equidade, constituindo o seu propósito sublime que é possibilitar melhor qualidade de vida e saúde às pessoas.

O SUS possui extensa legislação sobre planejamento em saúde e confecção de instrumentos de gestão, as principais são apresentadas no Apêndice 01.

O planejamento do SUS é de responsabilidade conjunta das três esferas da federação, sendo que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem desenvolver seus processos de planejamento de maneira integrada, levando em conta as prioridades das demais esferas, buscando gerar complementaridade e funcionalidade. Estas práticas de planejamento no SUS estão incluídas no processo de gestão do sistema. Portanto, são inerentes a ele.

Os princípios do planejamento no SUS são:

- i. Princípio 1: o planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua;
- ii. Princípio 2: o planejamento no SUS deve ser integrado ao planejamento governamental geral;
- iii. Princípio 3: o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais, Bipartite e Tripartite;
- iv. Princípio 4: o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS;
- v. Princípio 5: o planejamento deve ser ascendente e integrado;
- vi. Princípio 6: o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde e
- vii. Princípio 7: o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população.

Planejar envolve estabelecer processos e decidir as ações a serem executadas para alcançar objetivos, e quando se trata de esfera de governo, a ação política também precisa ser considerada,

a fim de que o bem-estar da população seja atingido, com a melhor utilização possível do dinheiro público.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento central de planejamento, gestão e avaliação do SUS no âmbito municipal, conforme preconiza a Lei nº 8.142/1990 e as diretrizes do Sistema de Planejamento do SUS. Sua finalidade é orientar a atuação da gestão municipal na coordenação das ações e serviços de saúde, definindo prioridades, objetivos, diretrizes, metas e indicadores para um período de quatro anos.

Fundamenta-se nas deliberações do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que incorporam as orientações provenientes das Conferências de Saúde — municipal, estadual e nacional — e se articula com os instrumentos de planejamento e orçamento da administração pública, em especial o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA) e o Plano de Metas do Governo. Essa articulação assegura coerência entre o planejamento setorial e o planejamento governamental, contribuindo para a integração das políticas públicas e a otimização do uso dos recursos disponíveis.

Em 2025, ocorreu a 12ª Conferência Municipal de Saúde que orientou as diretrizes para o PMS que serviram de referência para elaboração desse Plano.

A elaboração do Plano observa os princípios do planejamento ascendente e participativo, baseando-se na análise situacional de saúde que considera o perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico da população, bem como as especificidades territoriais. Essa abordagem visa identificar problemas, necessidades e potencialidades locais, subsidiando a formulação de metas e ações voltadas à atenção integral e equitativa à saúde.

Enquanto instrumento orientador da gestão municipal do SUS, o PMS subsidia a tomada de decisão, a definição de prioridades, a Programação Anual de Saúde (PAS) e o monitoramento e avaliação das ações e resultados, fortalecendo a governança e a transparência da gestão pública em saúde. Constitui-se, assim, na principal referência para a gestão estratégica e operacional da SMS Goiânia, promovendo a articulação entre os níveis de atenção, a integração interfederativa e o aprimoramento contínuo das políticas e serviços ofertados à população.

O processo de elaboração do PMS caracterizou-se pela construção coletiva e participativa, envolvendo o Conselho Municipal de Saúde, as áreas técnicas, departamentos e unidades vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, além da colaboração de usuários, gestores, trabalhadores e representantes da sociedade civil oriundos da 12ª Conferência Municipal de Saúde. Tal processo reforça o compromisso da gestão municipal com os princípios da participação social, transparência, integralidade e equidade, reafirmando o PMS como instrumento estratégico de gestão e fortalecimento do SUS no território municipal.

O PMS é o instrumento mais importante para o planejamento das ações de governo no setor saúde, tendo a obrigação de refletir as necessidades do município e ser referência para a formulação de programações, projetos, ações e atividades. Assim como, contém as orientações e estratégias para a aplicação dos recursos financeiros, tanto os recursos municipais, como os recursos repassados pelo Estado e pela União.

Alinhado às normativas do SUS, ele assegura a integralidade, a equidade e a eficiência na alocação de recursos, além de fortalecer a participação social e o controle público na definição das prioridades em saúde.

Mais do que uma diretriz estratégica para a Secretaria Municipal de Saúde, o PMS é um guia para a gestão em todos os seus níveis, orientando a programação das ações e o monitoramento dos resultados. Ao definir metas e indicadores para o quadriênio, assume o papel de referência central para a formulação de políticas públicas de saúde e para a elaboração dos planos de saúde nas demais esferas de governo.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 01/2017 do Gabinete do Ministério da Saúde (Portaria/Gabinete do Ministro Nº 2135/2013), há a obrigação da gestão municipal de construir o PMS de forma participativa, considerando as recomendações da Conferência Municipal de Saúde, e envio para apreciação ao Conselho Municipal de Saúde (CMS).

O PMS deve ser elaborado durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso e executado a partir do segundo da mesma gestão até o primeiro ano do governo subsequente. Sendo que, os objetivos, metas e ações devem ser descritos de forma criteriosa, para fins de visibilidade e clareza aos processos de condução das políticas, programas, projetos e iniciativas realizadas no âmbito do cuidado em rede e da gestão do SUS no município.

Os fundamentos do Planejamento em Saúde têm bases legais e institucionais.

O planejamento governamental é um princípio constitucional e um instrumento essencial para a eficiência e a transparência da gestão pública. No âmbito municipal, as políticas de saúde devem estar organizadas de forma articulada entre os instrumentos de planejamento da Administração Pública, conforme determina a Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo 165, institui o PPA, LDO e a LOA.

O PMS, previsto de forma genérica no §4º do mesmo artigo, é reconhecido como o instrumento setorial de planejamento e gestão do SUS no âmbito municipal, em consonância com as disposições da Lei nº 8.080/1990, da Lei nº 8.142/1990 e das diretrizes do Sistema de Planejamento do SUS.

Deve estar articulado entre os instrumentos de planejamento. O PPA estabelece as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública para um período de quatro anos,

organizando a ação governamental de forma integrada e orientando a elaboração da LDO e da LOA.

O PMS, por sua vez, constitui o plano setorial da área da saúde, e deve estar plenamente articulado ao PPA, de modo a assegurar coerência entre o planejamento estratégico do governo municipal e as políticas e programas do SUS.

Essa integração é fundamental para alinhar as prioridades de saúde às definições orçamentárias e às metas globais de governo, garantindo que as políticas públicas do setor sejam viáveis técnica e financeiramente e promovam efetividade, equidade e continuidade das ações no território.

Destaca-se o papel e a abrangência do PMS que orienta a atuação da SMS na coordenação do SUS, estabelecendo prioridades, objetivos, metas e indicadores que traduzem os compromissos de gestão com a melhoria das condições de saúde da população.

Trata-se do instrumento norteador da gestão setorial, que orienta a tomada de decisão, a alocação de recursos e a implementação de ações e serviços em todos os níveis da rede municipal. O Plano é construído a partir da análise situacional de saúde, levando em consideração o perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico da população, as necessidades territoriais e as diretrizes pactuadas nos espaços de governança interfederativa.

Articula com a PAS que representa a operacionalização do PMS, ao detalhar, para cada exercício, as ações, metas e indicadores que viabilizam o alcance dos objetivos estratégicos definidos no plano quadrienal.

A PAS possibilita o monitoramento sistemático da execução, a avaliação de resultados e o replanejamento contínuo das ações de saúde, assegurando a gestão por resultados e o fortalecimento da transparência e da *accountability* pública.

A coerência entre PMS, PAS e os instrumentos orçamentários (PPA, LDO e LOA) é indispensável para a efetividade das políticas públicas, permitindo que o planejamento em saúde cumpra seu papel de instrumento de governança, racionalização e aprimoramento da gestão municipal do SUS.

A relação com o PPA se fez presente. O PPA expressa o planejamento de médio prazo do Governo Municipal, com vigência de quatro anos, iniciando-se no segundo ano do mandato do prefeito e encerrando-se no primeiro ano do mandato subsequente. Seu propósito é estabelecer diretrizes, objetivos e metas da administração municipal, organizados em programas de governo que resultam em entregas concretas para a sociedade.

Para o ciclo 2026–2029, o processo de elaboração do PPA foi aperfeiçoado, permitindo o desenvolvimento de objetivos, indicadores e metas específicos dentro de cada programa,

ampliando a capacidade de monitoramento e avaliação da gestão municipal. Adotou-se cursos de capacitações e orçamento participativo em 2025, tanto por meio do PPA Participativo, quanto pela utilização de plataformas digitais que ampliam a escuta e o engajamento da sociedade civil.

Antecedendo a elaboração do novo ciclo do PPA, o Conselho Municipal de Saúde divulgou o Relatório da 12ª Conferência Municipal de Saúde, contendo as orientações estratégicas para o PPA e para o PMS 2026–2029.

Cada plano segue seu respectivo fluxo de apreciação e aprovação. O PMS é submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, enquanto a proposta do PPA, após apreciação técnica e validação pelo Prefeito, é encaminhada à Câmara Municipal na forma de projeto de lei, para análise, ajustes e publicação, tornando-se instrumento legal de planejamento governamental.

O PMS e o PPA são compatíveis entre si, possuem a mesma vigência temporal e se relacionam quanto aos objetivos estratégicos. A interação entre ambos assegura coerência entre o planejamento setorial da saúde e o planejamento global do governo municipal, que demonstra a articulação entre os orientadores estratégicos de cada plano para a consolidação de objetivos, metas e indicadores comuns.

A comparação entre as estruturas do PPA e do PMS evidencia que ambos se organizam em duas dimensões principais: estratégica e tática.

Na dimensão estratégica, o PPA, compreende a visão de futuro, os valores institucionais, as diretrizes, os eixos e os objetivos estratégicos que orientam a ação governamental e no PMS, ela se materializa nas diretrizes da Conferência Municipal de Saúde, na análise situacional de saúde e na definição de indicadores globais e objetivos estratégicos das políticas públicas de saúde.

A dimensão tática refere-se à operacionalização das estratégias e desdobra-se em duas camadas complementares: a) camada legal (PPA), sendo que esta primeira corresponde à estrutura publicada em lei, contendo os programas governamentais, seus respectivos objetivos e objetivos específicos; b) camada formal (PMS) que é submetida ao Conselho Municipal de Saúde, composta por objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação; e c) a camada gerencial (ambos os planos) que representa a dimensão de gestão e execução, onde se situam os atributos necessários ao alcance dos resultados estratégicos. Essa camada orienta o acompanhamento sistemático das ações e indicadores, por meio dos respectivos sistemas de informação e monitoramento, fortalecendo a gestão baseada em evidências e resultados.

Espera-se que o processo de construção deste PMS reflita o trabalho integrado, pactuado e transparente, entre gestores(as), profissionais de saúde, conselheiros(as) de saúde e a população, pensando no SUS equânime, resolutivo e com qualidade.

METODOLOGIA

O PMS de Goiânia para o próximo quadriênio (2026-2029), foi construído por meio de um processo participativo e integrado, sua elaboração se deu no início de 2025, onde primeiramente ocorreu uma reunião entre o Gabinete do Secretário de Saúde e as demais áreas da SMS para pactuação dos processos de trabalho e cronograma necessários para a conclusão da tarefa, ficando a Diretoria de Políticas em Saúde responsável pela coordenação.

O processo de elaboração deste plano também contou com a realização das etapas distritais e final da XII Conferência Municipal de Saúde, que ocorreram entre os meses de junho e julho de 2025, sendo que em cada uma das etapas foram apresentados os dados da situação de saúde do município e os instrumentos de planejamento do SUS, material este elaborado e apresentado pela equipe da Diretoria de Políticas de Saúde.

A discussão desta Conferência permeou a temática sobre ‘A Gestão do SUS e o Modelo de Atenção à Saúde que Queremos’, bem como promoveu rodas de conversa e a escrita de propostas em quatro eixos: I) Gestão do SUS Público, Equânime, Integral e Universal; II) Atenção Primária como Modelo de Assistência Preventiva e Resolutiva; III) Financiamento Adequado e Atenção Especializada e IV) Controle Social, Recursos Humanos e Vigilância em Saúde. Ao final deste processo, foram aprovadas 195 propostas, que, posteriormente, foram o material de apoio para se pensar quais as reais necessidades da comunidade Goianiense.

Outro momento que contribuiu para a elaboração do PMS, foi as orientações oferecidas pela própria Prefeitura de Goiânia, intitulada ‘Capacitação Técnica e Formação de Multiplicadores Plano Plurianual (PPA) 2026-2029: Construindo a Goiânia do Futuro’, que visava orientar todas as Secretarias para a construção dos seus processos de planejamento, monitoramento e avaliação. Neste momento foram incorporados a construção do plano da saúde, o documento orientador do ‘**Plano de Governo do Prefeito**’ e o ‘Mapeamento Preliminar do Plano de Governo: Diretrizes Propostas e Ações - 2026’, ambos elaborados pela Casa Civil.

Desta forma também, foi garantido a participação ativa da Secretaria Municipal de Saúde na construção do PPA 2026 – 2029, coadunado, assim o Plano Municipal de Saúde com o PPA para o período de 2026 a 2029, como estabelece a legislação do SUS.

Outro momento que garantiu a possibilidade para a população indicar prioridades na aplicação de recursos municipais, foi a retomada, após 21 anos, do ‘**Orçamento Participativo**’, promovido pela Prefeitura de Goiânia, por meio da Secretaria Municipal da Fazenda e Secretaria

de Governo, que transcorreu com uma série de seis audiências públicas realizadas em diferentes regiões da capital entre os dias 3 e 10 de outubro, onde representantes da SMS se fizeram presentes para anotar as reivindicações dos participantes.

Após estas diversas etapas foram definidos as Diretrizes e os Objetivos do PMS, que tiveram como base os Blocos de Financiamento do Ministério da Saúde, permitindo uma consonância com o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme prevê a Portaria Nº 2.135/2013 (BRASIL, 2013).

Também visando a boa comunicação, a difusão das atividades de elaboração e garantir o envolvimento de todas as áreas da SMS nesta construção, foi instituído o Grupo Técnico de Trabalho para formulação do PMS 2026 a 2029 e da Programação Anual de Saúde 2026, pela Portaria SMS nº 129/2025, com representação de todas as Superintendências, áreas meio e do Conselho Municipal de Saúde (ANEXO 01).

Após a nomeação do Grupo Técnico, iniciou-se uma série de oficinas para instrumentalizar os servidores participantes, nelas foram discutidos desde situação de saúde do município, instrumentos de gestão, documentos orientadores (Plano de Governo Municipal, Relatórios das Conferência de Saúde e Diretrizes do Plano Nacional de Saúde), diretrizes e objetivos; forma de apresentação das ações, indicadores e metas, até o levantamento, categorização e priorização dos problemas a serem enfrentados neste PMS. Sendo que, cada representante do Grupo Técnico deveria repassar as orientações para a sua área específica.

A priorização dos problemas foi realizada por meio de oficinas dentro de cada grande área da SMS (infraestrutura, recursos humanos, assistência, regulação e vigilância), permitindo a participação de diversos servidores da gestão.

Após esta etapa, as diferentes áreas da SMS, iniciaram o trabalho de redigir **ações**, escolher **indicadores** e definir **metas** buscando solucionar os problemas priorizados, levando em consideração suas responsabilidades e atribuições. Para este momento, vale destacar a realização de vinte e duas (22) oficinas coletivas e individuais por área para melhor entendimento da tarefa a ser realizada, aperfeiçoamento da escolha das ações, indicadores e metas e para acerto ou melhoria da escrita.

No início de novembro de 2025, foi realizada uma reunião de apresentação e validação da proposta do PMS 2026-2029 para o secretário de saúde, gabinete, superintendentes, diretores e gerentes, consolidado em 61 propostas de ações.

Seguindo a legislação vigente, este documento será encaminhado para a apreciação e discussão ampla junto ao Conselho Municipal de Saúde e digitado na plataforma DigiSUS Gestor

– Módulo Planejamento para disponibilização e acompanhamento do Estado e do Ministério da Saúde.

1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

1.1. ASPECTOS GEOGRÁFICOS

Goiânia está localizada no planalto central, aproximadamente a 750 metros acima do nível do mar, caracterizada pelo relevo de planalto, vegetação de Cerrado e clima tropical. Ocupando uma área territorial de 729,296km² e, atualmente, com densidade demográfica de 1.970,90hab/km² (IBGE, 2025).

Em termos geográficos, Goiânia é a principal cidade em população de Goiás, sendo a sua região metropolitana a maior zona de concentração populacional do estado. O crescimento da cidade culminou na expansão da marcha urbana ocorrida no Estado e, por consequência, no processo de conurbação com cidades vizinhas. Está limitada pelos municípios de Abadia de Goiás, Aragoiânia, Aparecida de Goiânia, Goianápolis, Goianira, Nerópolis, Santo Antônio de Goiás, Senador Canedo e Trindade (GUITARRARA, 2025).

A criação da região metropolitana de Goiânia (RMG) remonta a 1999, compreendendo inicialmente onze municípios, com inclusões posteriores que culminaram na configuração atual, estabelecida pela Lei Complementar nº 149 de 15 de maio de 2019, com vinte e um municípios: Goiânia, Abadia de Goiás, Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Brazabrantes, Caldazinha, Caturai, Goianápolis, Goianira, Guapó, Hidrolândia, Inhumas, Nerópolis, Nova Veneza, Santa Bárbara de Goiás, Santo Antônio de Goiás, Senador Canedo, Terezópolis de Goiás e Trindade (GOIÁS, 2019) e tem uma população estimada em 2024 de 2.724.808 habitantes (IBGE e CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde).

Ao longo de 92 anos de existência, Goiânia deixou de ser apenas a capital do estado de Goiás para se consolidar como uma “metrópole regional” ou “metrópole emergente”, conforme a classificação da rede urbana nacional. No entanto, esse processo de crescimento acelerado veio acompanhado de desafios típicos dos grandes centros urbanos do país, como o déficit de infraestrutura e saneamento, a escassez de moradias, os problemas de mobilidade urbana e as ineficiências nos serviços de saúde, educação, segurança pública e gestão ambiental (GOIÂNIA, 2022).

Esses fatores contribuem diretamente para o agravamento da escassez hídrica que atinge a região durante os longos períodos de estiagem característicos do Cerrado. Como consequência, há

um elevado nível de degradação nos principais mananciais responsáveis pelo abastecimento da cidade: o Rio Meia Ponte e o Ribeirão João Leite (GOIÂNIA, 2022).

Na RMG, verifica-se a inexistência de um Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado, conforme determina o Estatuto da Metrópole. Embora a Lei Complementar nº 139/2018 estabeleça as funções públicas de interesse comum e tenha instituído o Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Goiânia, observa-se que a estrutura de governança interfederativa prevista não se consolidou na prática.

A lei e o conselho não produziram os efeitos esperados, permanecendo sem efetividade e sem promover a articulação necessária entre os entes municipais e o Estado. Consequentemente, inexistem estratégias metropolitanas integradas, especialmente no campo da mobilidade urbana, que contemplem uma abordagem sistêmica e sustentável.

Diante disso, é urgente que os municípios da RMG fortaleçam seus mecanismos de planejamento e cooperação, de modo a viabilizar uma mobilidade urbana e metropolitana eficiente, capaz de atender às necessidades da população, qualificar os espaços urbanos e promover o desenvolvimento econômico, o bem-estar social e a sustentabilidade regional (GOIÂNIA, 2022).

Segundo o Plano Diretor de Regionalização de 2014, o estado de Goiás está dividido em dezoito regiões de saúde, agrupadas em cinco Macrorregiões, cada região possui uma sede administrativa denominada Regional de Saúde, com a responsabilidade de assessorar e apoiar os municípios, além de implementar e monitorar as ações da Secretária de Saúde do Estado de Goiás em âmbito regional (GOIÁS, 2025).

Goiânia pertence a Macrorregião Centro-Oeste e a Regional de Saúde Central, que jurisdiciona vinte e seis municípios: Abadia de Goiás, Anicuns, Araçu, Avelinópolis, Brazabrantes, Campestre de Goiás, Caturai, Damolândia, Goiânia, Goianira, Guapo, Inhumas, Itaguari, Itauçu, Jesúpolis, Nazário, Nerópolis, Nova Veneza, Ouro Verde de Goiás, Petrolina de Goiás, Santa Bárbara de Goiás, Santa Rosa de Goiás, Santo Antônio de Goiás, São Francisco de Goiás, Taquaral de Goiás e Trindade. Sendo a menor população em Jesúpolis e a maior população em Goiânia (TABELA 1).

A maioria dessas cidades possui dinâmica de ambientes metropolitanos, exercendo grande pressão sobre a capital quanto à demanda de serviços públicos de uso coletivo e trabalho, refletindo em uma importante discussão por parte do Estado acerca da descentralização destes equipamentos de serviços, se organizando conforme as demandas de cada município, com propostas para o desenvolvimento daqueles que apresentam maior dificuldade para a arrecadação de recursos, seja por meio das receitas municipais e/ou das políticas específicas, principalmente no setor saúde.

Tabela 1 - Distribuição de área e estimativa de população e densidade populacional dos municípios da Regional de Saúde Central para o ano de 2025.

Município	Área (Km²)	População (Hab.)	Densidade
Abadia de Goiás	146.458	22.052	144,51
Anicuns	961.608	18.306	19,18
Araçu	153.599	3.840	25,01
Avelinópolis	164.04	2.993	18,06
Brazabrantes	123.548	4.201	33,58
Campestre de Goiás	273.816	3.879	14,08
Caturai	207.154	5.352	25,67
Damolândia	84.632	2.753	32,55
Goianira	200.402	81.495	392,98
Goiânia	739.492	1.503.256	2.021,12
Guapó	517.005	20.985	39,82
Inhumas	613.349	53.884	87,44
Itaguari	135.525	5.120	37,54
Itauçu	383.682	7.636	20,07
Jesúpolis	120.919	2.112	17,57
Nazário	300.089	8.349	27,76
Nerópolis	204.216	34.273	165,05
Nova Veneza	123.376	9.883	79,35
Ouro Verde de Goiás	209.679	4.109	19,59
Petrolina de Goiás	540.451	9.519	17,72
Santa Bárbara de Goiás	139.598	6.306	44,99
Santa Rosa de Goiás	170.97	2.828	16,59
Santo Antônio de Goiás	132.803	8.066	59,28
São Francisco de Goiás	339.368	6.507	19,13
Taquaral de Goiás	201.392	4.180	20,59
Trindade	713.28	153.560	211,50

Fonte: IBGE e CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde, 2025.

Internamente, o município de Goiânia é dividido em sete regiões administrativas, conforme a Lei Complementar nº 171/2007 (GOIÂNIA, 2007), porém não existe alinhamento entre os diversos setores da prefeitura, dificultando o planejamento e realização das ações intersetoriais. Exceção do setor saúde que é o único que se organizou considerando estas regiões administrativas, intituladas como Distritos Sanitários de Saúde, sendo eles, Campinas-Centro, Leste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul (FIGURA 1).

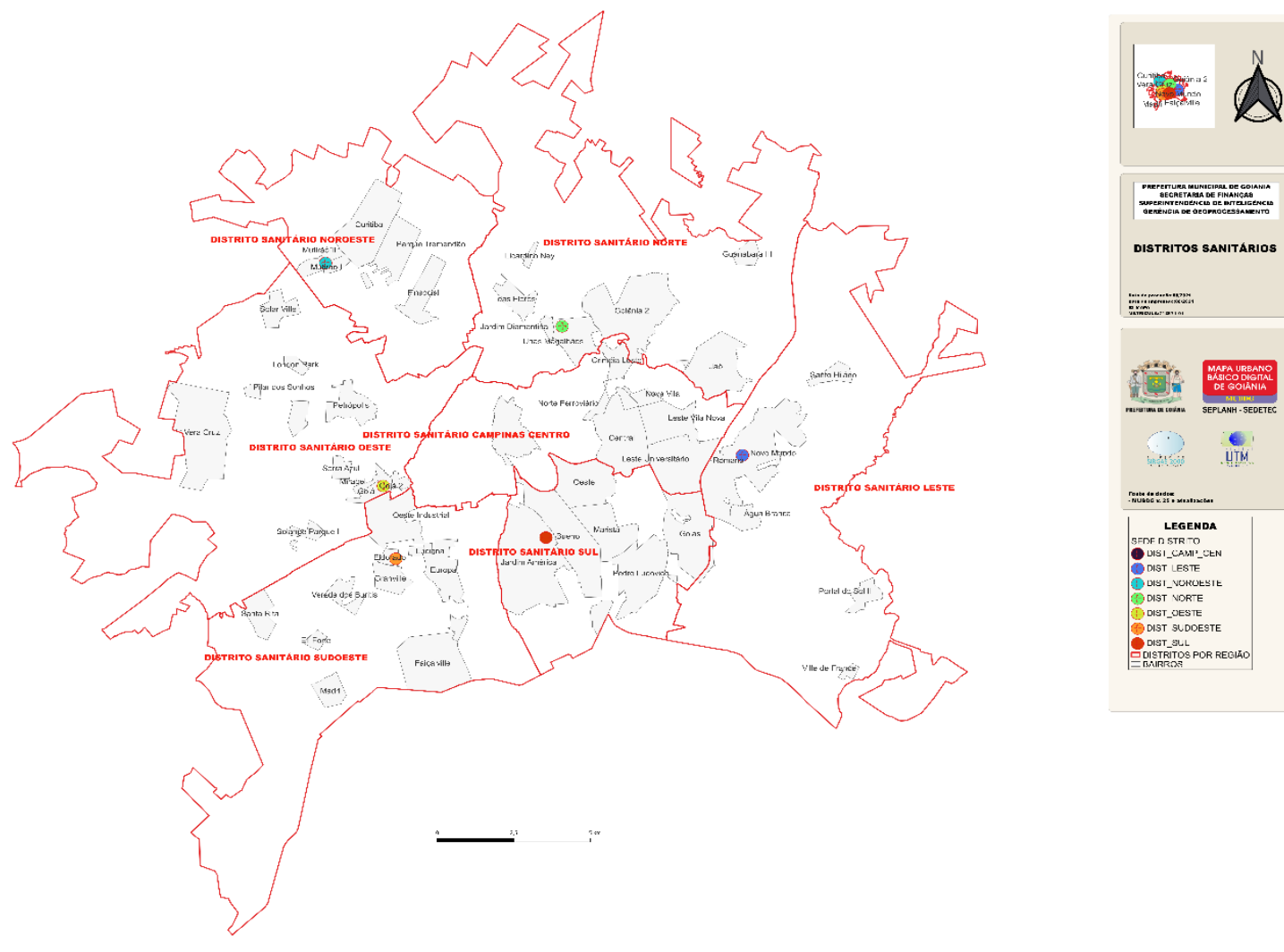


FIGURA 1 - Divisão por Distritos Sanitários de Saúde, Goiânia - GO, 2021
FONTE: Secretaria Municipal de Planejamento e Urbanismo Estratégico, 2021

1.2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Goiânia, é a quinta maior cidade do Brasil em tamanho, com 301,5507 quilômetros quadrados de área urbana, a segunda cidade mais populosa do Centro-Oeste, sendo superada apenas por Brasília e o décimo município mais populoso do país em 2025, segundo estimativa do Comitê de Gestão de Indicadores Demográficos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (CGID/RIPSA) e Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVSA) do Ministério da Saúde do mesmo ano, tem uma densidade demográfica de 2.022 habitantes por Km² e uma média de 2,61 moradores por residência.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada para Goiânia em 2025 é de 1.503.256 habitantes, aumento de 0,6% em relação ao ano anterior. (BRASIL, 2025), desse total 47,7% são do sexo masculino e 52,3% do sexo feminino (TABELA 2), com uma diferença de 70.632 mil a mais para mulheres, refletindo uma maior sobrevivência deste grupo. Essa diferença cresce com a idade, chegando a 63,5% de mulheres a partir de 80 anos.

Nos primeiros anos de vida o número de pessoas do sexo masculino é maior e com o aumento da idade a participação deste sexo sofre uma redução. Óbito por causa externa, principalmente devido a um conjunto de fatores de risco, entre os quais o uso de álcool e fumo e mortes violentas são maiores entre os homens jovens, é o principal motivo da menor expectativa de vida, representando um dos maiores e mais difíceis desafios a serem enfrentados.

Em 2025, destaca-se que 11,4% dos habitantes possuem até 09 anos de idade, 12,5% de 10 a 19 anos, 59,8% são de jovens e adultos na faixa etária entre 20 e 59 anos e 16,3% são de pessoas idosas de 60 anos acima.

Nota-se um aumento de 91,4% da população de 60 anos e mais em Goiânia de 2010 (128.138) para 2024 (245.250). Em 2010, esse grupo representava 9,4% do total e em 2025 responde por 16,3%. Nessa faixa etária há uma proporção maior de pessoas do sexo feminino, explicando a maior procura aos serviços de saúde.

Esse envelhecimento junto com a urbanização, as mudanças sociais e econômicas e a globalização impactam nos modos de vida, do trabalho e da alimentação da população que pode ter como consequência o aumento da prevalência de fatores como a obesidade e o sedentarismo, concorrentes diretos para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), notadamente as cardiovasculares e as neoplasias (DUARTE & BARRETO, 2012).

A implementação das políticas públicas de saúde no município de Goiânia considera a dinâmica demográfica que engloba o processo de envelhecimento desigual entre os sexos.

Tabela 2 - População de Goiânia, segundo por sexo e faixa etária, 2025.

Faixa Etária	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
0 a 4 anos	40.923	51,1	39.202	48,9	80.125	5,3
5 a 9 anos	46.057	50,8	44.589	49,2	90.646	6,0
10 a 14 anos	47.132	50,8	45.616	49,2	92.748	6,2
15 a 19 anos	48.294	50,6	47.145	49,4	95.439	6,3
20 a 24 anos	55.842	50,0	55.857	50,0	111.699	7,4
25 a 29 anos	60.912	49,5	62.207	50,5	123.119	8,2
30 a 34 anos	60.301	49,4	61.644	50,6	121.945	8,1
35 a 39 anos	59.186	48,8	62.145	51,2	121.331	8,1
40 a 44 anos	58.809	47,7	64.450	52,3	123.259	8,2
45 a 49 anos	53.573	46,9	60.580	53,1	114.153	7,6
50 a 54 anos	45.340	46,4	52.401	53,6	97.741	6,5
55 a 59 anos	38.968	45,4	46.833	54,6	85.801	5,7
60 a 64 anos	32.683	43,8	41.868	56,2	74.551	5,0
65 a 69 anos	25.585	42,1	35.253	57,9	60.838	4,0
70 a 74 anos	18.316	40,3	27.135	59,7	45.451	3,0
75 a 79 anos	12.221	39,3	18.852	60,7	31.073	2,1
80 anos ou mais	12.170	36,5	21.167	63,5	33.337	2,2
Total	716.312	47,7	786.944	52,3	1.503.256	100,0

Fonte: Trabalho coordenado pela RIPSa, 2025. Realização CGI Demográfico/RIPSa e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde. Dados básicos: IBGE

1.3. TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICAS, EPIDEMIOLÓGICA E NUTRICIONAL

1.3.1. TAXA DE FECUNDIDADE

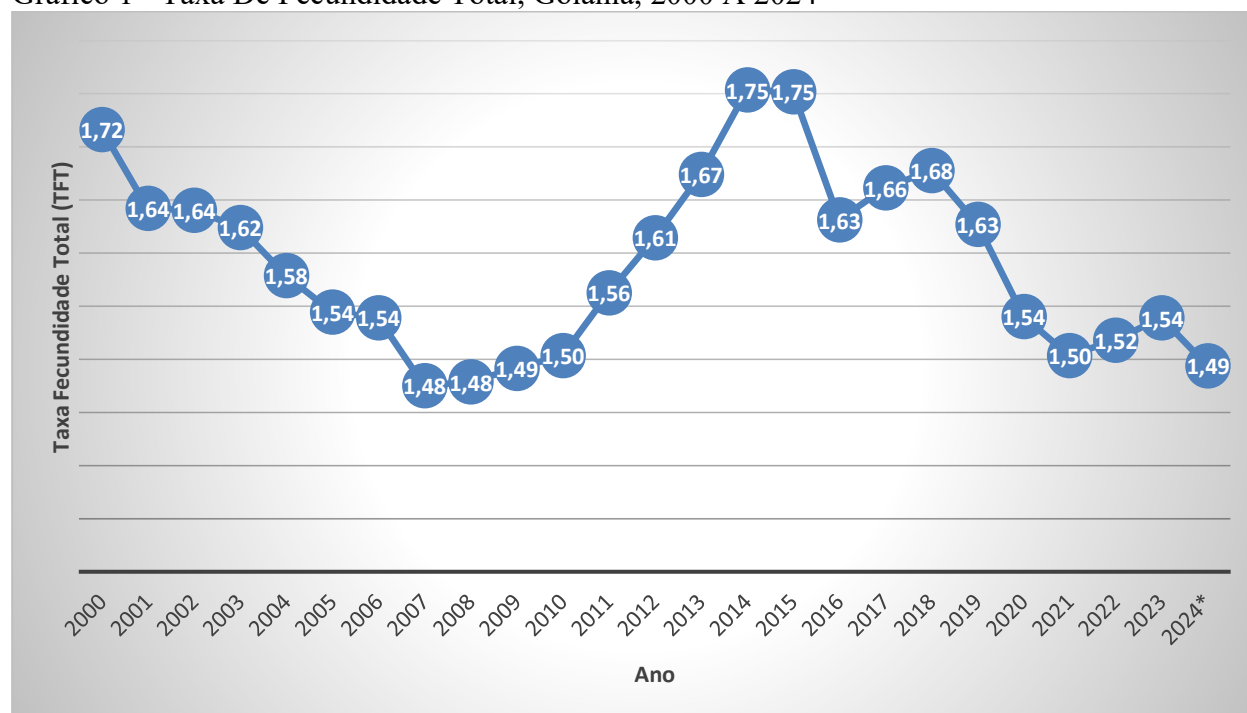
O envelhecimento populacional está intrinsecamente ligado aos processos de transição demográfica e epidemiológica. À medida que o comportamento demográfico da população evolui, observa-se variações nos níveis de natalidade e mortalidade, além de mudanças nos padrões migratórios. Esses fatores influenciam a composição etária da população, tornando-a mais envelhecida ou, em alguns casos, mais jovem. Atualmente, em Goiânia, assim como no Brasil, assiste-se a uma redução expressiva no número de crianças, resultado da queda acentuada da fecundidade, ao mesmo tempo em que o grupo de pessoas idosas cresce progressivamente, impulsionado pelo aumento da expectativa de vida decorrente de melhorias nas condições sociais e econômicas.

Além disso, o processo de urbanização trouxe consigo significativas mudanças sociais, incluindo novas formas de inserção da mulher na sociedade, rearranjos familiares e avanços tecnológicos, entre outras. Também houve uma alteração no padrão demográfico: a acentuada

queda na fecundidade e o aumento da longevidade resultaram em um envelhecimento acelerado da população brasileira. Nos últimos anos, observamos tendências de crescimento baixo ou até mesmo negativo da população jovem, desaceleração do aumento da população em idade ativa e um expressivo crescimento do contingente de idosos (DUARTE & BARRETO, 2012).

Entre 2000 e 2024 (dados preliminares), a fecundidade em Goiânia diminuiu de 1,72 filhos por mulher para 1,49, significando redução de 13,4% (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 - Taxa De Fecundidade Total, Goiânia, 2000 A 2024*



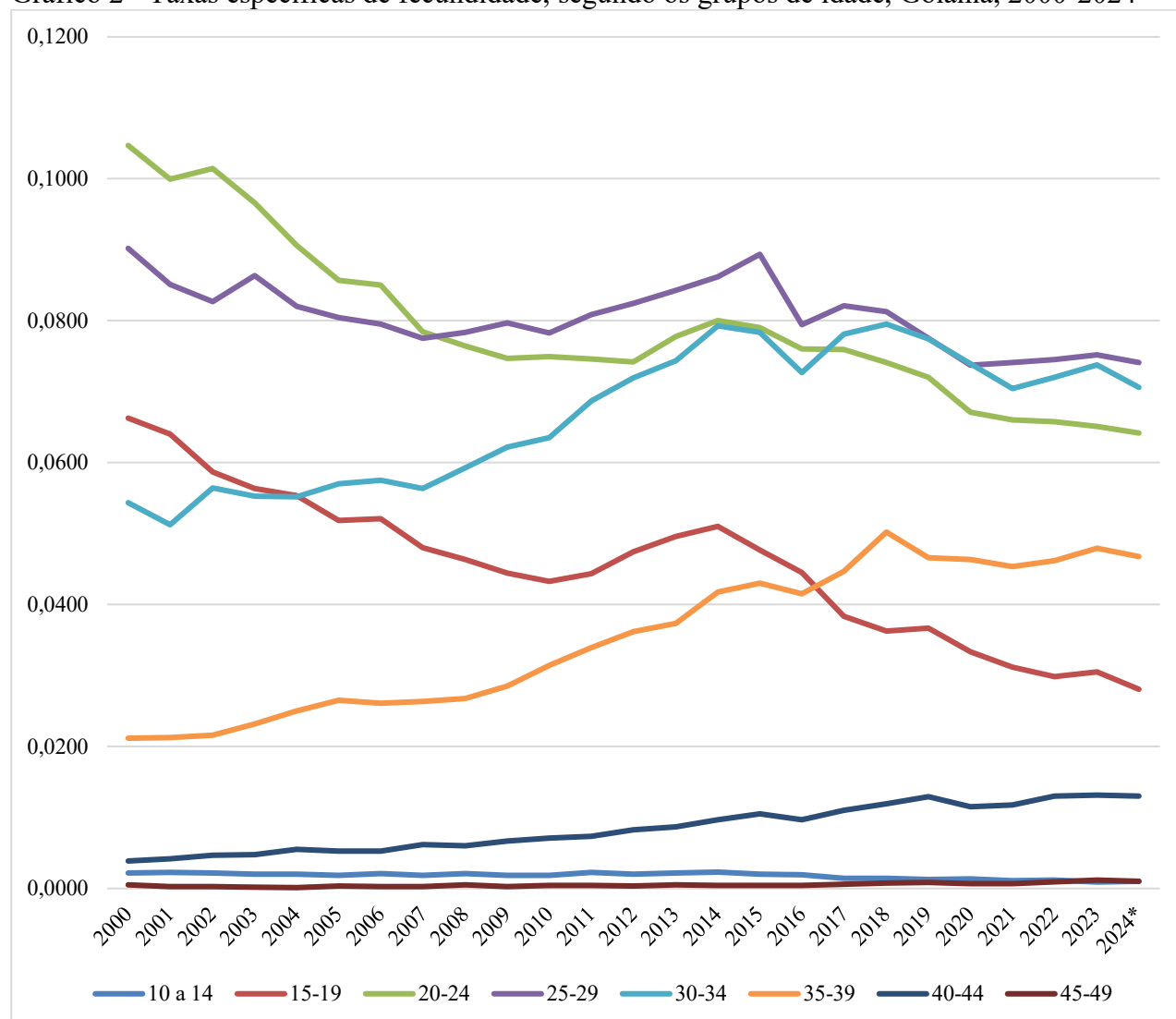
Fonte: CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde. Dados básicos: IBGE e SINASC. *Dados preliminares.

Nesse período, a estrutura etária da fecundidade tornou-se mais envelhecida, com as mulheres tendo seus filhos mais tardiamente. A Gráfico 2 ilustra a tendência das Taxas Específicas de Fecundidade de Goiânia, no qual é possível verificar a queda da TEF da população mais jovem. Com a hipótese de envelhecimento do padrão das TEF, observa-se que o grupo de idade a partir de 30-39 aumentou. As mulheres estão tendo menos filhos e adiando cada vez mais a maternidade. Os dados demonstram o envelhecimento da curva de fecundidade das mulheres em Goiânia, uma tendência que também é nacional.

Em 2000, era de 1,72 e em 2024 (dados preliminares) de 1,49 o número médio de filhos por mulher residente em Goiânia. Esses dados reafirmam a tendência de redução da fecundidade verificada nas últimas décadas e as mudanças no comportamento reprodutivo das goianienses, com suas consequências no processo de envelhecimento populacional. Essa trajetória

vem refletindo a tendência dos últimos anos de redução generalizada da fecundidade observada no País (GRÁFICO 2).

Gráfico 2 - Taxas específicas de fecundidade, segundo os grupos de idade, Goiânia, 2000-2024*

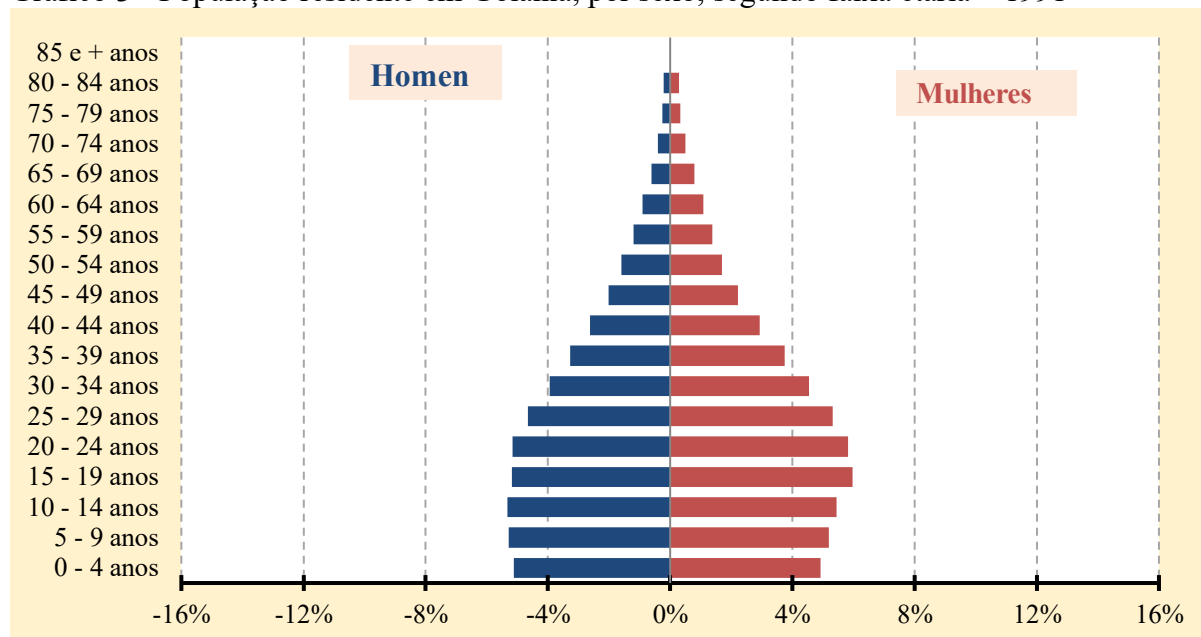


Fonte: CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde. Dados básicos: IBGE e SINASC. *Dados preliminares.

1.3.2. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

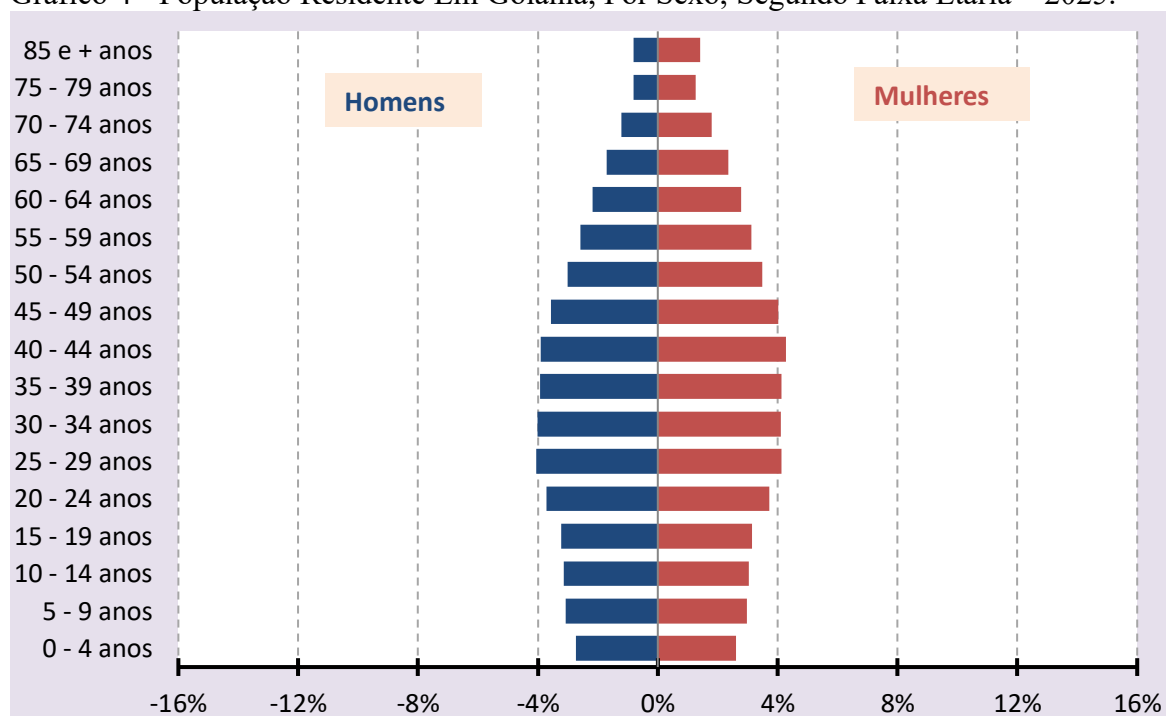
A população goianiense assim como a brasileira vêm sofrendo, nas últimas décadas, transições importantes, com a base da pirâmide populacional diminuindo, enquanto a porção superior vem se alargando, indicando que a redução na fecundidade, o aumento da qualidade e da expectativa de vida da população são os responsáveis pela elevação na participação do contingente populacional maior de 60 anos na população total (GRÁFICOS 3 e 4), entretanto, aumento taxas de mortalidade precoce em adolescentes e jovens.

Gráfico 3 - População residente em Goiânia, por sexo, segundo faixa etária – 1991



Fonte: IBGE/DATASUS, 1991 – Censo.

Gráfico 4 - População Residente Em Goiânia, Por Sexo, Segundo Faixa Etária – 2025.



Fonte: CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde, 2025. IBGE. - Estimativa.

A população de Goiânia é 63% maior no ano de 2025, 1.503.256 estimativa (BRASIL, 2025), em relação a 1991, 922.222 (BRASIL, 1991c). A faixa etária de 60 anos e mais também aumentou em 437,9% de 1991 para 2025.

Em relação à participação dos segmentos etários, verifica-se a queda na participação dos menores de 05 anos que passou de 10% em 1991 para 5,3% em 2025.

Em 1991, a população de 60 anos e mais representava 5,4% do total e em 2025 responde por 16,3%. Nessa faixa etária há uma proporção maior de pessoas do sexo feminino, explicado pela maior longevidade desse sexo devido à maior exposição dos homens a um conjunto de fatores de risco, entre os quais o uso de álcool e fumo e as mortes violentas. A maior procura feminina aos serviços de saúde também pode explicar essa diferença.

Destaca-se que o Índice de Envelhecimento (número de pessoas residentes de 60 anos e mais em Goiânia/número de pessoas residentes em Goiânia menores de 15 anos x 100) apresentou aumento significativo em Goiânia. Em 1991, tinha-se uma proporção de 17 idosos (60 anos e mais de idade) para cada 100 adolescentes (de 0 a 14 anos). Os dados revelam que esta proporção vem subindo a cada ano. Em 2025, segundo as estimativas populacionais, esse índice está em 93,1%, são 93 idosos para cada 100 adolescentes.

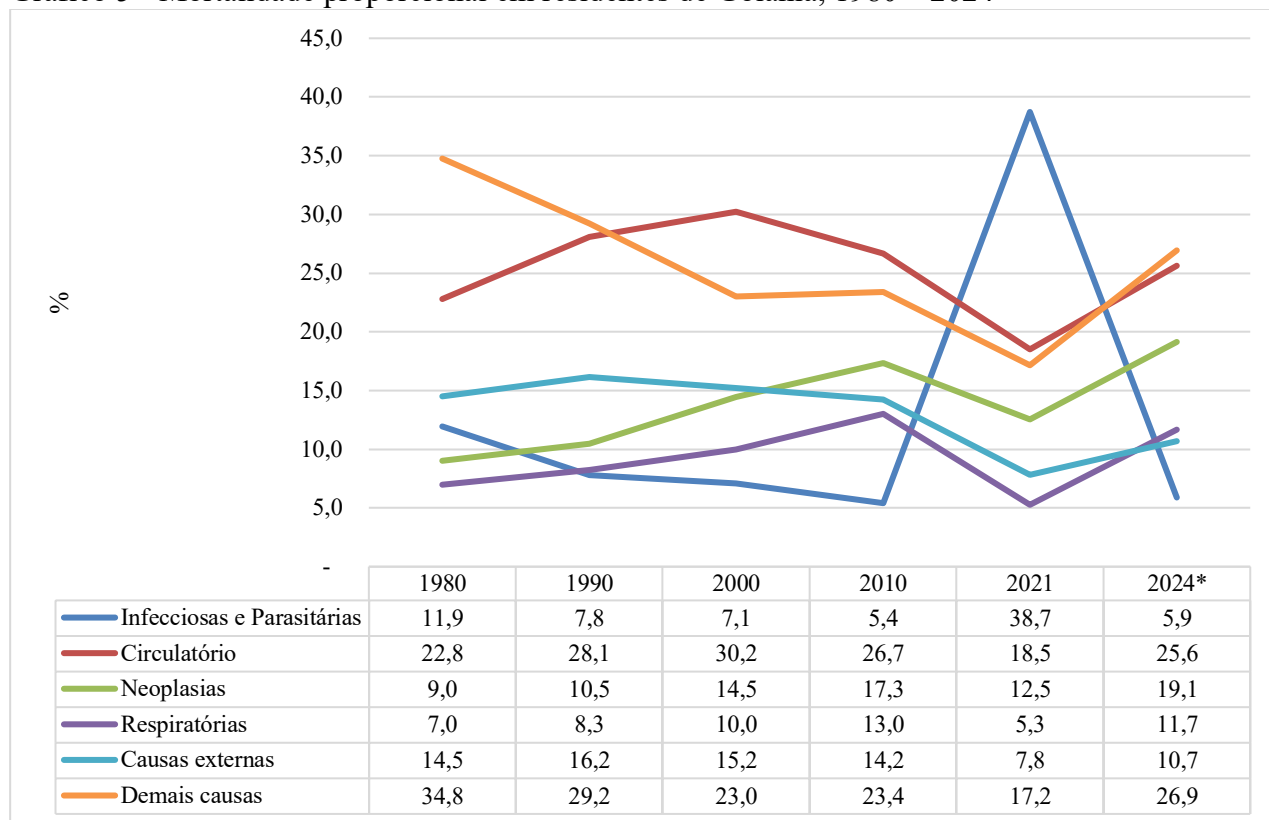
Esse envelhecimento junto com a urbanização, as mudanças sociais e econômicas e a globalização impactam nos modos de vida, do trabalho e da alimentação da população que pode ter como consequência a prevalência de fatores como a obesidade e o sedentarismo, concorrentes diretos para o desenvolvimento das DCNT (GEIB, 2012), notadamente as cardiovasculares e as neoplasias.

O crescimento da violência também representa um dos maiores e mais difíceis desafios do novo perfil epidemiológico que se deve principalmente aos homicídios e lesões de trânsito (DUARTE & BARRETO, 2012).

O processo de transição epidemiológica nas últimas décadas ficou evidenciado pela redução de mortes por doenças infectocontagiosas e mortalidade infantil com incremento acentuado de DCNT, representando cerca de 70% das mortes no Brasil e em Goiânia entre as quais as doenças cardiovasculares participam com quase 30%, com destaque para as Doenças Isquêmicas do Coração, Acidente Vascular Cerebral e Insuficiência Cardíaca. violência e os lesões de trânsito com mais de 12% (estes dois últimos classificados como causas externas).

Em 2021 o número de óbitos por COVID-19 foi suficiente para alterar, pelo menos temporariamente, o perfil epidemiológico que vinha estabilizado há décadas, com mudanças no perfil das doenças infectocontagiosas e parasitárias, passando a configurar as primeiras causas de óbitos (GRÁFICO 5).

Gráfico 5 - Mortalidade proporcional em residentes de Goiânia, 1980 – 2024*



Fonte: SIM. *dados preliminares.

Em Goiânia, as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de óbito. Em segundo lugar encontram-se as neoplasias e em terceiro as causas externas, apesar das doenças respiratórias estarem crescendo.

Observa-se uma redução expressiva na proporção de óbitos por doenças infecto-parasitárias, exceto em 2021 pela COVID-19, mas que vem reduzindo após, e um aumento da proporção de óbitos por doenças circulatórias e neoplasias ao longo do período, bem como causas externas e doenças respiratórias. Esse fenômeno é conhecido como transição epidemiológica, que vem ocorrendo paralelamente à transição demográfica no nosso país, caracterizada pela queda da fecundidade e envelhecimento populacional.

A transição nutricional tanto no Brasil quanto em Goiânia trouxe mudanças do perfil de saúde da população, sendo que o aumento das prevalências do sobrepeso e da obesidade são seus principais legados, hoje considerado um dos maiores problemas de saúde pública.

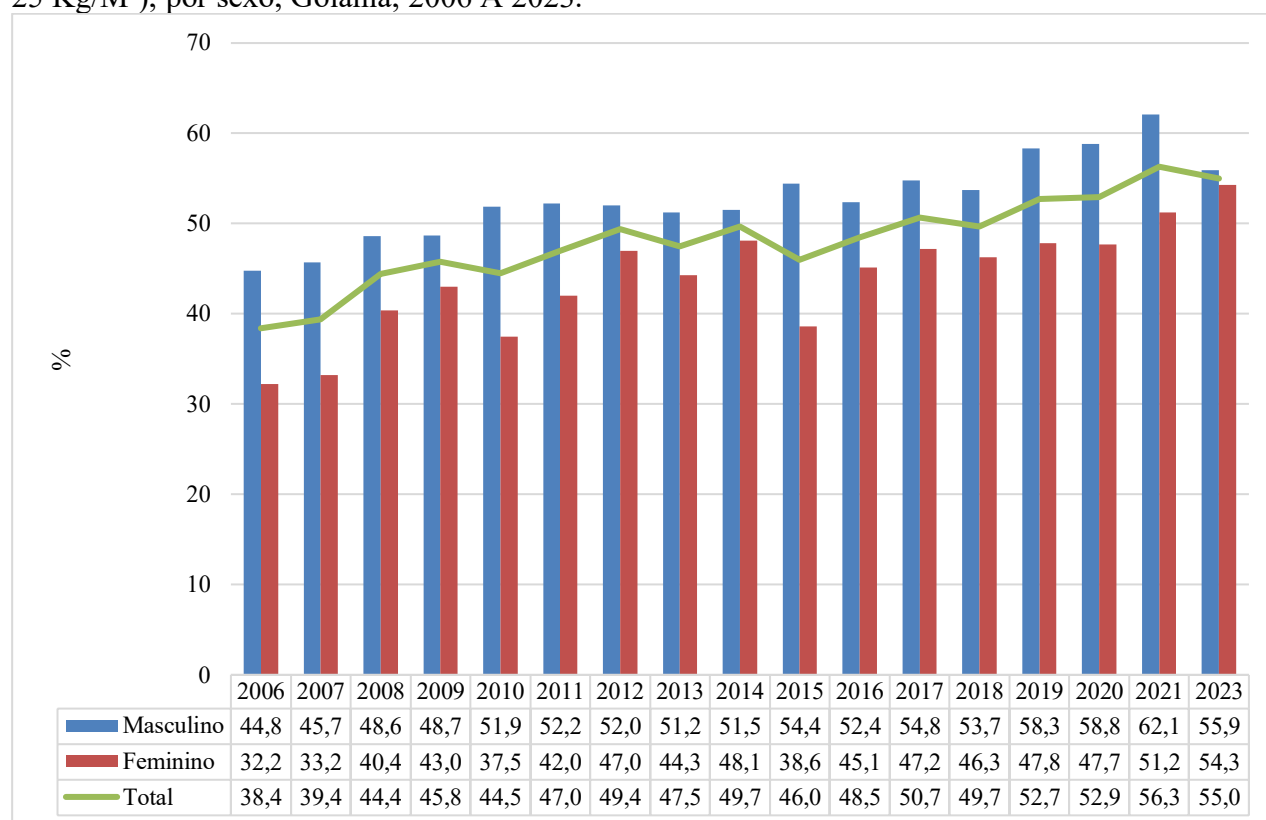
Em Goiânia, no ano de 2023 a prevalência de excesso de peso na população de 18 anos e mais foi de 55% e de obesidade 17,7% (GRÁFICOS 6 e 7), sendo maior no sexo masculino.

A prevalência de excesso de peso na população adulta goianiense aumentou de 38,4% em 2006 para 55% em 2023, enquanto a obesidade passou de 10,1% para 17,7% no mesmo período. O ano de 2021 registrou o maior incremento histórico nas estimativas do Vigilância de Fatores de

Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), atingindo 23,3%, evidenciando o impacto da pandemia de COVID-19 sobre o aumento da obesidade e do excesso de peso (GRÁFICOS 6 e 7).

O excesso de peso e a obesidade constituem importantes determinantes da carga global de morbidade e configuram um dos principais desafios contemporâneos da Saúde Coletiva. Tais condições decorrem, em grande parte, do desequilíbrio entre consumo e gasto energético, sendo fatores de risco relevantes para DCNT, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e diversos tipos de câncer (Malta DC, 2016).

Gráfico 6 – Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 25 Kg/M²), por sexo, Goiânia, 2006 A 2023.



Fonte: VIGITEL/SVS/MS.

A obesidade caracteriza-se como uma condição clínica multifatorial, marcada pelo excesso de gordura corporal, cuja prevalência cresce de forma expressiva tanto no Brasil quanto no cenário internacional. Essa condição está associada a complicações metabólicas e cardiovasculares e é agravada por determinantes socioeconômicos e ambientais.

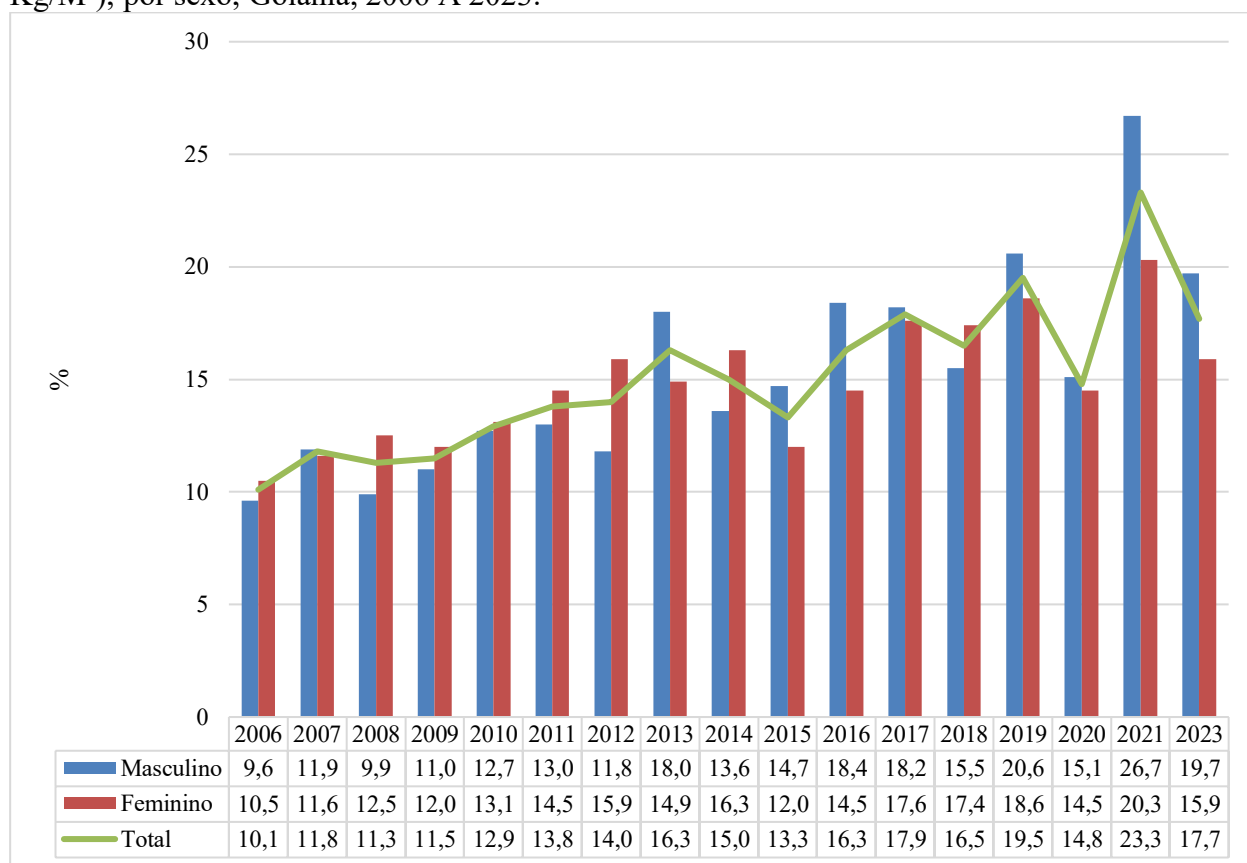
Reconhecida como problema global de saúde pública, a obesidade impacta a qualidade de vida e a capacidade funcional das pessoas, além de representar um fator de risco para doenças crônicas como Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica e doenças cardiovasculares (Brasil, 2022). Estudos internacionais apontam que, embora países de alta renda apresentem

maiores prevalências, observa-se crescimento acelerado da obesidade também em países de média e baixa renda, refletindo transformações alimentares e de estilo de vida (WHO, 2021).

Segundo publicação da revista The Lancet (Chong B., 2023), as taxas globais de obesidade aumentaram 69% desde 1990, tendência reforçada pelos efeitos da pandemia de COVID-19, que contribuíram para o sedentarismo e a mudança nos padrões alimentares.

Os resultados do VIGITEL indicam uma tendência ascendente da prevalência de excesso de peso e obesidade desde 2006, sugerindo crescimento contínuo nos próximos anos caso não sejam implementadas ações preventivas e de controle efetivas. O futuro dessa tendência dependerá da adoção de políticas públicas intersetoriais, do acesso a alimentos saudáveis, da promoção de ambientes ativos, da ampliação das ações de educação alimentar e nutricional e da mudança nos comportamentos de risco da população.

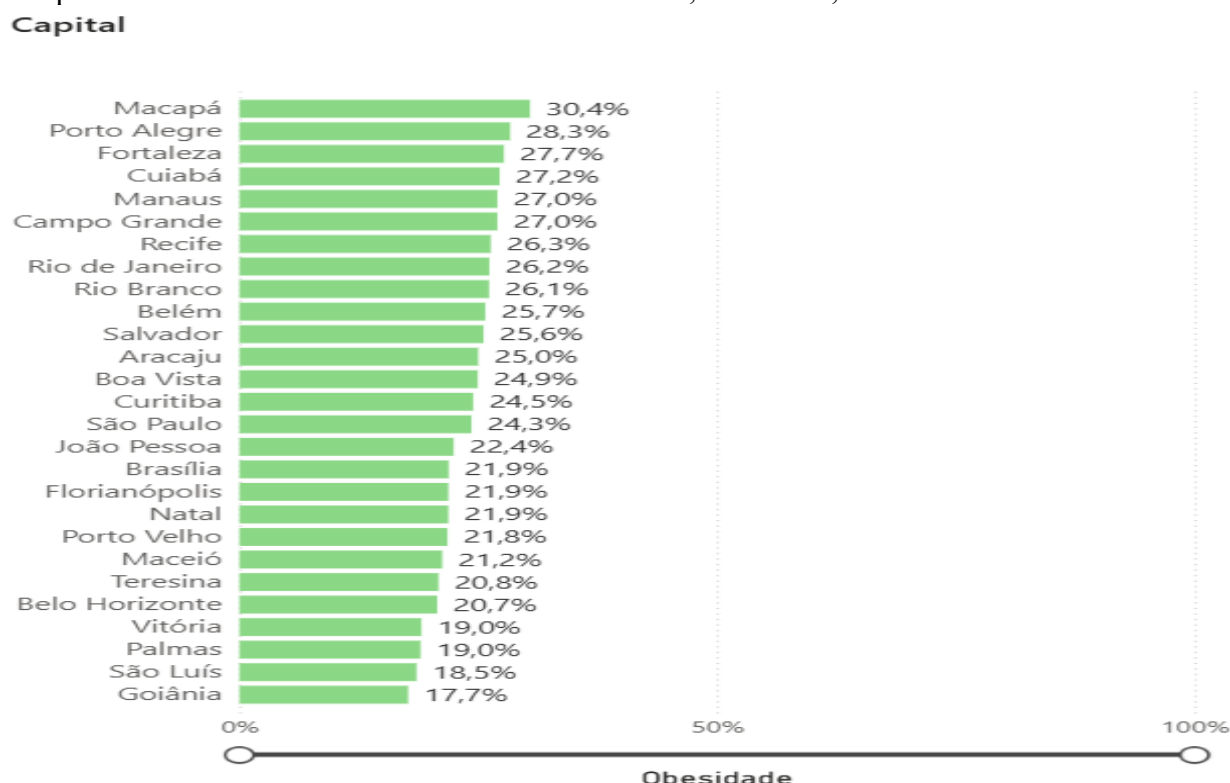
Gráfico 7 – Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 Kg/M²), por sexo, Goiânia, 2006 A 2023.



Fonte VIGITEL/SVS/MS.

Goiânia foi a capital que teve o menor percentual, 17,7%, de obesidade entre todas as outras no ano de 2023 (GRÁFICO 8).

Gráfico 8 – Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/M}^2$), por sexo, segundo as capitais dos Estados Brasileiros e o Distrito Federal, VIGITEL, 2023.



Fonte: VIGITEL, 2023.

Com o objetivo de conter o avanço da obesidade, o Brasil assumiu compromissos internacionais junto à Organização das Nações Unidas, que incluem:

- Estabilizar a prevalência de obesidade em adultos;
- Reduzir o consumo regular de bebidas açucaradas;
- Ampliar o consumo de frutas, legumes e hortaliças.

No âmbito nacional, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (2021–2030) — Plano de DANT (Brasil, 2021) — incorpora tais metas e orienta os planos estaduais e municipais, inclusive o Plano Municipal de Saúde 2022–2025, quanto ao controle do crescimento da obesidade na população adulta (Freeman B., 2016).

Para alcançar essas metas, é fundamental o desenvolvimento de estratégias intersetoriais que envolvam: regulação da publicidade de alimentos ultraprocessados (Passos et al; 2020); medidas fiscais e tributárias que favoreçam escolhas saudáveis; requalificação dos espaços urbanos, priorizando segurança, acessibilidade e infraestrutura para a prática de atividades físicas; fomento a políticas de equidade e igualdade de gênero, considerando os determinantes sociais da saúde (Ferreira et al, 2010).

Essas ações devem compor uma agenda integrada de promoção da saúde e prevenção de DCNT, fortalecendo o papel do SUS na garantia de ambientes e comportamentos mais saudáveis.

A elevada prevalência de obesidade é fator de risco para o desenvolvimento de DCNT, à perda de qualidade de vida e com grande impacto ao sistema de saúde. A prevenção e o controle dos agravos nutricionais requerem um conjunto amplo de ações de diversos setores.

A Organização Mundial de Saúde aponta as mudanças comportamentais, principalmente a alimentação inadequada e o aumento da inatividade física como causas principais do rápido aumento na prevalência do número de obesos no mundo.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição constitui-se uma resposta oportuna e específica do SUS para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população, bem reforçar a importância da atividade física.

Importante reforçar que todas estas transições acarretaram profundas necessidades de adaptação dos serviços de saúde às novas realidades.

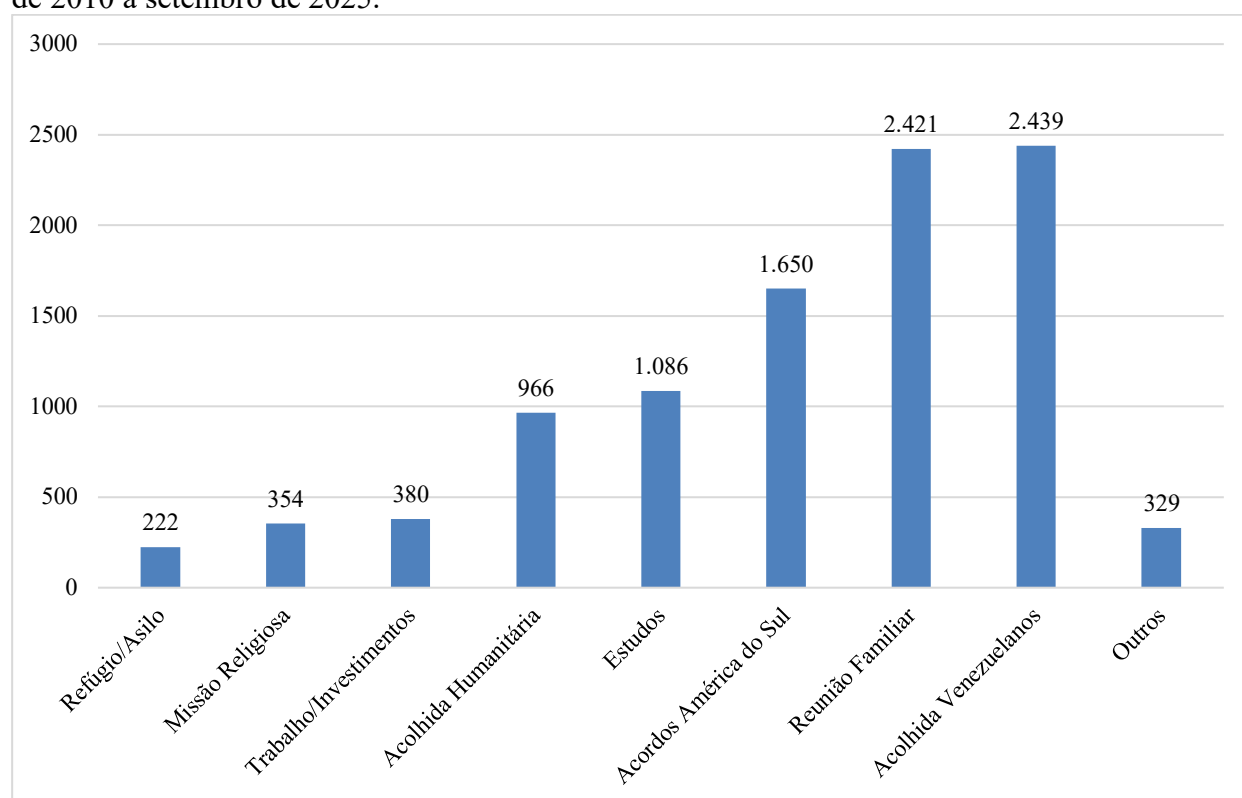
1.3.3. POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

A imigração é um fenômeno complexo, decorrente de fatores como conflitos armados, crises políticas, desigualdades econômicas e sociais entre países. Embora o número de estrangeiros tenha se ampliado nos últimos anos, a maior parte da migração para Goiânia e para o estado de Goiás ainda é composta por brasileiros oriundos de outras unidades da Federação.

A presença de imigrantes internacionais no Brasil não é recente. A formação histórica do país foi profundamente influenciada por fluxos de diferentes origens — africanas, asiáticas, europeias, latino-americanas e médio-orientais — resultando em uma sociedade plural e multicultural.

Entre 2010 e setembro de 2025, 9.847 imigrantes foram registrados em Goiânia, sendo 3.537 com autorização de residência e 6.310 com visto temporário. A maioria é do sexo masculino (61,5%), e 38,5% são mulheres (OBMigra, 2025). As motivações de entrada são variadas, conforme as diferentes tipologias de amparo previstas na legislação migratória (GRÁFICO 9).

Gráfico 9 – Número de imigrantes registrados, segundo tipologia amparos, em Goiânia, acumulado de 2010 a setembro de 2025.



Fonte: Sistema de Registro Nacional Migratório – PF.

A tipologia de amparo que rege a entrada e permanência de imigrantes no Brasil é estabelecida pela Lei nº 13.445/2017 (Lei de Migração) e pelo Decreto nº 9.199/2017, que definem as modalidades de vistos e autorizações de residência, assegurando direitos, deveres e mecanismos de proteção contra a discriminação.

As principais categorias de visto são:

- Visto de Visita: destinado a estadas de curta duração, sem intenção de residência ou de exercício de atividade remunerada. Abrange viagens de turismo, negócios, trânsito, atividades artísticas, esportivas e afins.
- Visto Temporário: voltado a situações específicas, como pesquisa, ensino, tratamento de saúde, acolhida humanitária, estudo, trabalho, férias-trabalho (em países com acordo bilateral), investimento, reunião familiar ou outras hipóteses previstas em lei.

A autorização de residência formaliza a permanência do imigrante no país, podendo ser temporária ou por prazo indeterminado. Essa autorização pode ser solicitada em postos consulares brasileiros no exterior, juntamente com o visto, ou diretamente na Polícia Federal, no caso de estrangeiros já presentes no território nacional.

Os principais fundamentos (amparos) para a concessão de autorização de residência são:

- Reunião familiar: permite o reagrupamento de membros familiares, como cônjuges, companheiros, filhos e pais, aplicando-se tanto a estrangeiros residentes quanto a cidadãos brasileiros.
- Exercício de atividade laboral: para imigrantes que receberam oferta de trabalho no Brasil.
- Acolhida humanitária: destinada a pessoas que deixam seus países em razão de grave violação de direitos humanos, sem se enquadrar nos critérios da Lei do Refúgio.
- Investimento: para imigrantes que desejam realizar aportes financeiros produtivos no país.

Outros mecanismos de proteção incluem:

- Refúgio: concedido a pessoas com fundado temor de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião política, ou provenientes de contextos de grave e generalizada violação de direitos humanos.
- Proteção a apátridas: dirigida a indivíduos que não possuem nacionalidade reconhecida por nenhum Estado.
- Registro Nacional Migratório: documento emitido pela Polícia Federal, que confere regularidade migratória e assegura o acesso à Carteira de Registro Nacional Migratório.

Em Goiânia, as principais tipologias de amparo registradas entre 2010 e setembro de 2025 (GRÁFICO 9) foram: acolhida a venezuelanos (24,8%); reunião familiar (24,6%); acordos da América do Sul (16,8%); estudos (11%) e acolhida humanitária (9,8%), entre outras.

No contexto nacional, o Censo Demográfico 2022 revelou um aumento de 70,3% no número de residentes de outros países no Brasil entre 2010 e 2022, passando de 592 mil para 1 milhão de pessoas. Trata-se do maior contingente de imigrantes desde 1980, quando o IBGE registrou 1,1 milhão de estrangeiros e naturalizados. Após décadas de queda, a presença de estrangeiros voltou a crescer de forma expressiva no país.

Em Goiânia, os 9.847 imigrantes registrados entre 2010 e setembro de 2025 são provenientes de mais de 100 países. As principais origens são: Venezuela (27,1% – 2.669 pessoas), Haiti (11,7% – 1.154), Colômbia (10,4% – 1.024), Estados Unidos (5,3% – 522), Portugal (4,9% – 485), Espanha (3,6% – 359), Peru (3,4% – 336), Argentina (2,7% – 270), Bolívia (2,1% – 210) e Itália (2,1% – 208), entre outros países com menor participação.

Destaca-se o aumento expressivo da imigração venezuelana, que passou de 678 pessoas entre 2010 e 2018 para 2.317 entre 2019 e setembro de 2025. Esse crescimento contribuiu para

ampliar a presença de imigrantes latino-americanos e caribenhos em Goiânia, reforçando o papel da cidade como espaço de acolhimento e integração regional.

Em relação à população em situação de rua e de acordo com o estudo de pesquisa social aplicada conduzido pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua, a partir de dados do Ministério da Cidadania referentes ao período de 2012 a 2021, foram identificadas 6.923 pessoas em situação de rua no país (TABELA 3).

Tabela 3 - Totais de Pessoas em Situação de Rua, Série Histórica 2012-2021, Brasil e Capitais

Anos Capitais	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
São Paulo	3.842	7.883	13.185	18.608	25.095	31.336	38.887	44.372	48.134	37.200
Belo Horizonte	2.324	3.034	3.839	4.753	6.347	8.035	9.700	11.578	11.858	9.147
Rio de Janeiro	125	265	476	994	1.839	3.460	5.659	7.667	8.728	8.693
Distrito Federal	88	150	433	755	1.651	2.445	3.327	4.602	5.280	5.281
Salvador	105	274	358	491	918	1.262	1.840	2.680	3.328	4.259
Fortaleza	548	713	1.015	1.278	1.772	2.265	2.976	3.941	4.478	4.182
Curitiba	373	792	1.068	1.338	1.634	1.892	2.492	3.227	3.683	2.782
Porto Alegre	775	1.125	1.610	1.781	1.979	2.128	2.440	3.029	3.208	2.048
Boa Vista	5	7	7	6	4	25	1.029	1.695	2.484	1.923
Florianópolis	-	48	203	493	756	952	1.131	1.561	1.720	1.314
Recife	36	54	116	202	283	449	628	859	1.003	1.087
Goiânia	46	61	148	301	518	857	1.160	1.367	1.430	1.035
Manaus	30	58	86	117	152	276	448	899	959	805
São Luís	-	43	111	169	207	327	626	911	1.066	770
Natal	128	151	192	279	438	595	750	855	898	736
Cuiabá	4	62	260	318	383	460	632	722	814	724
Aracaju	83	129	217	243	296	414	591	744	785	643
Campo Grande	10	33	54	112	209	309	503	603	655	532
Vitória	113	160	213	268	331	383	512	626	681	522
Teresina	-	35	61	113	173	258	355	501	529	502
Maceió	356	366	372	401	555	694	821	913	958	480
Belém	4	33	71	97	141	220	296	416	458	420
João Pessoa	12	30	44	52	59	93	125	178	203	160
Rio Branco	31	37	47	53	56	114	176	213	215	136
Porto Velho	1	3	3	4	11	22	48	109	134	112
Palmas	-	3	8	5	5	46	82	123	133	99
Macapá	-	-	86	4	13	20	29	36	47	42
Total	12.775	22.922	37.419	52.440	73.874	101.302	138.332	174.766	194.824	158.057

Fonte: Ministério da Cidadania, Série Histórica 2012-2021 Totais Calculados pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua.

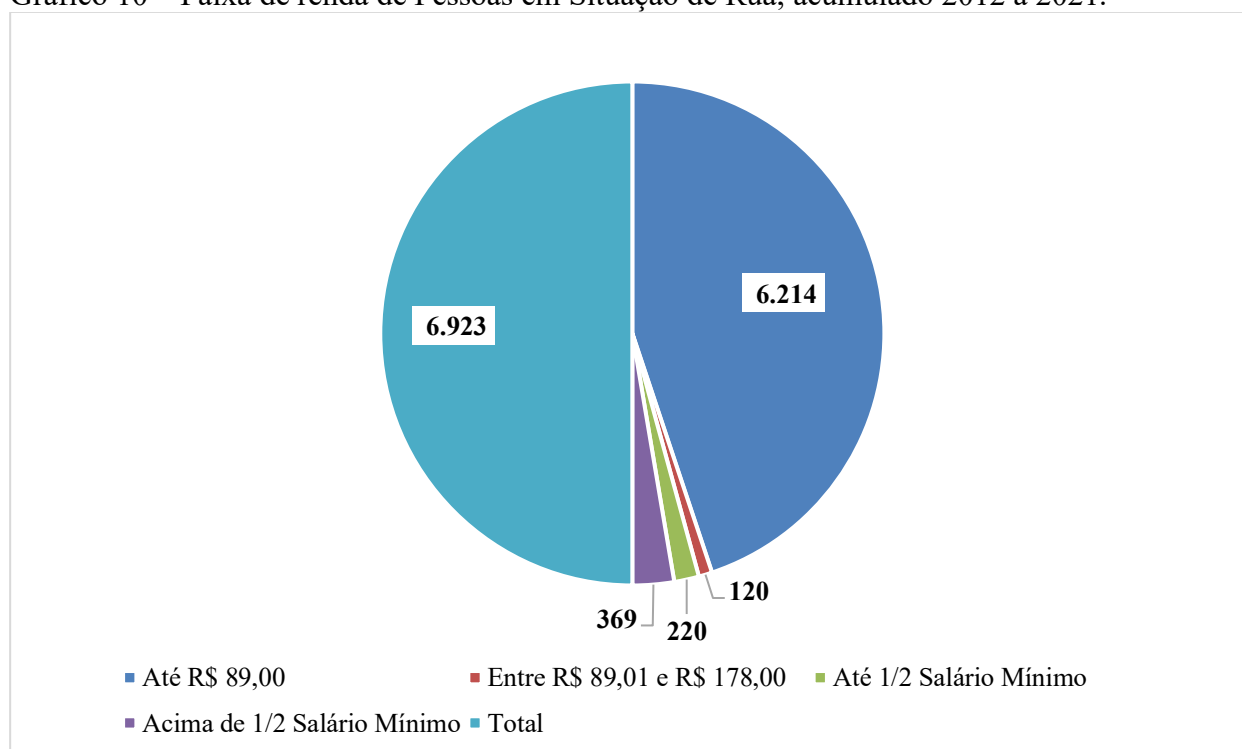
A maioria era composta por homens (6.047 – 87,3%), autodeclarados de raça/cor parda (71,9%), seguidos por pretos (13%), brancos (13,7%), amarelos (1,2%) e indígenas (0,1%).

No que se refere à escolaridade, 18,5% das pessoas não possuíam instrução formal e 87,8% apresentavam ensino fundamental incompleto.

A faixa etária predominante foi de 30 a 59 anos (69,3% – 4.800 pessoas), seguida por 22 a 29 anos (15,6% – 1.078 pessoas), 18 a 21 anos (2,3% – 160 pessoas), até 11 anos (4,4% – 302 pessoas) e 12 a 17 anos (0,9% – 60 pessoas).

A renda declarada variou de R\$ 89,00 a valores acima de meio salário-mínimo (5,3%), conforme demonstrado no Gráfico 10.

Gráfico 10 – Faixa de renda de Pessoas em Situação de Rua, acumulado 2012 a 2021.



Fonte: Ministério da Cidadania, Série Histórica 2012-2021 Totais Calculados pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua.

O Cadastro Único para Programas Sociais é o principal instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda no Brasil. Criado pelo Governo Federal e operacionalizado pelas prefeituras, o cadastro permite ao poder público conhecer a realidade dessas famílias e viabilizar a concessão de diversos benefícios sociais.

Estes dados são obtidos por autodeclaração, o que torna difícil alcançar integralmente determinados grupos populacionais, como as pessoas em situação de rua. Dessa forma, é provável que o número de pessoas nessa condição seja maior do que o captado pelo sistema.

Em Goiânia, conforme informações do CadÚnico de março de 2024, havia 176.011 pessoas vivendo em situação de pobreza ou extrema pobreza. Dentre elas, 1.599 se encontravam em situação de rua, sendo que 1.197 recebiam o benefício do Programa Bolsa Família. Outro dado relevante refere-se à presença de 1.568 pessoas cadastradas como catadores de materiais recicláveis, cuja atividade, em grande parte, se dá nas vias públicas e está fortemente associada a condições de vulnerabilidade social (MPGO, 2024).

O relatório também apontava a estrutura do Sistema Único de Assistência Social disponível no município, composta por 24 Centro de Referência de Assistência Social, 5 Centro de Referência Especializado de Assistência Social, 1 Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua, 28 Unidades de Acolhimento, 57 Centros de Convivência e 16 Centros-Dia.

A análise desses dados evidencia uma relação desigual entre a demanda e a oferta de serviços, especialmente considerando que há apenas um Centro Pop para atender uma população superior a 1.599 pessoas em situação de rua. Além disso, existiam apenas dois serviços de acolhimento institucional para adultos e famílias e nenhum serviço na modalidade república, o que reforça a insuficiência da rede de proteção para esse público.

De acordo com os atores entrevistados, não há, no âmbito municipal, política habitacional específica voltada às pessoas em situação de rua, como programas de “Moradia Primeiro”, bolsa-aluguel ou iniciativas similares. Em nível estadual, os dados estimam cerca de 4 mil pessoas em situação de rua em Goiás, sendo aproximadamente 2.500 em Goiânia — números que, segundo os próprios atores, sofrem subnotificação.

Para a elaboração deste diagnóstico, o Ministério Público do Estado de Goiás utilizou diferentes instrumentos técnicos de coleta e análise, incluindo entrevistas estruturadas, análise documental, visitas institucionais, pesquisas, observação direta e contatos telefônicos e via WhatsApp. O trabalho de campo ocorreu entre novembro de 2023 e maio de 2024, abrangendo os seguintes equipamentos e atores da rede: Centro Pop, Serviço Especializado em Abordagem Social, Casas de Acolhida Unidades 1 e 2, Consultório na Rua, Movimento Nacional da Pop Rua, e as organizações Pastoral Social Dom Fernando Gomes, Associação Tio Cleobaldo e Comitê Dom Tomás Balduino.

As análises apresentadas baseiam-se nas informações fornecidas pelos entrevistados e em avaliação técnica fundamentada na legislação pertinente.

Goiânia tem, segundo dados do Censo Demográfico de 2022, 6,7% de pessoas com 2 anos ou mais de idade com deficiência no total de pessoas com 2 anos ou mais de idade, sendo 1,2% com diagnóstico de autismo. 4.025 com população indígena, sendo: 1.930 de cor ou raça indígena e 2.095 se consideram indígenas. 158 pessoas quilombolas.

1.3.4. ETNIAS/COR E MIGRAÇÃO

Goiânia é uma cidade multirracial, fruto de intensa migração, o que contribuiu para que a cidade tivesse uma população miscigenada, composta predominantemente de brancos e pardos.

Em 2022, 689.551 pessoas se declararam pardas, o equivalente a 48% da população de Goiânia. Outras 114.108 se declaram pretas (7,9%), enquanto 626.744 se declararam brancas (43,6%), 1.930 indígenas (0,1%) e 4.996 se declaram amarelas (0,3%) (TABELA 04).

Em comparação ao Censo Demográfico de 2010, observa-se uma reconfiguração na composição racial da população de Goiânia. A população preta apresentou um aumento de 54,3%, elevando sua proporção no total populacional de 5,7% para 7,9%. A população parda cresceu 19%, passando de 44,5% para 48% da população total.

Destaca-se que 55,9 da população goianiense se declaram negras (pretas ou pardas). O maior crescimento populacional deveu-se à população negra, que teve variação percentual positiva de 22,3%, e redução da indígena (9,6%), cuja participação recuou de 0,2% para 0,1% no mesmo período. O total de pessoas pardas teve um aumento de 109.956 pessoas e atingiu 689.551 – em 2010, esse montante era de 579.595. Enquanto isso, o quantitativo de pessoas pretas saltou de 73.966 em 2010 para 114.108 em 2022.

Tabela 4 - População residentes de Goiânia, segundo raça cor, Censos Demográficos 2010 e 2022

Raça/cor	2010		2022	
	N	%	N	%
Branca	624.347	48,0	626.744	43,6
Preta	73.966	5,7	114.108	7,9
Parda	579.595	44,5	689.551	48,0
Amarela	21.936	1,7	4.996	0,3
Indígena	2.135	0,2	1.930	0,1
Sem declaração	22	0,0	-	-

Fonte: Censos IBGE, 2010 e 2022.

Ao analisar os dados com recorte de cor da pele ou raça e sexo, observa-se que as mulheres pardas representam o maior grupo populacional. São 359.039 de mulheres pardas, que, somadas às mulheres pretas, totalizam 413.499 de mulheres negras. Por sua vez, os homens negros

respondem por 390.160 habitantes, – sendo 330.512 de homens pardos e 59.648 de homens pretos (TABELA 5).

Tabela 5 - População residentes de Goiânia, segundo raça cor e sexo, Censo Demográfico 2022.

Raça/cor	Masculino (N)	%	Feminino (N)	%	Total	%
Branca	287.493	45,9	339.251	54,1	626.744	43,6
Preta	59.648	52,3	54.460	47,7	114.108	7,9
Parda	330.512	47,9	359.039	52,1	689.551	48,0
Amarela	2.328	46,6	2.668	53,4	4.996	0,3
Indígena	893	46,3	1.037	53,7	1.930	0,1

Fonte: IBGE, Censo 2022

Desde o Censo Demográfico de 1991, evidencia-se um processo contínuo de transformação na autodeclaração de cor da pele ou raça, caracterizado pelo aumento das identificações como pardas, pretas e indígenas e pela redução progressiva da população branca. No recorte mais recente, a proporção de pessoas brancas diminuiu de 48% em 2010 para 43,6% em 2022, enquanto a população amarela apresentou a maior retração percentual (-59,2%), reduzindo-se de 1,7% para 0,3%.

A expressiva diminuição da população que se autodeclarou amarela pode estar associada a ajustes metodológicos introduzidos no Censo Demográfico de 2022. Em casos de autodeclaração de cor da pele ou raça amarela, o recenseador passou a aplicar uma pergunta de verificação complementar, esclarecendo que “considera-se como cor ou raça amarela a pessoa de origem oriental: japonesa, chinesa ou coreana”. Esse novo protocolo de confirmação possivelmente contribuiu para a redução mais acentuada dessa categoria de identificação racial.

Para compreender como cada grupo étnico-racial se divide de acordo com o sexo recorreremos a um indicador de razão de sexo, que sinaliza a proporção de homens em relação às mulheres. Quando a razão de sexo é superior a 100, significa que nesse grupo existem mais homens do que mulheres, quando é inferior a 100, que existem mais mulheres que homens no grupo. Em Goiânia, a razão de sexo da população residente é de 90,0. Os menores valores para a razão de sexo foram encontrados para a população branca (84,7) e para a população indígena (86,1), estando a população parda (92,1) e amarela (87,3) em posições intermediárias. A maior razão de sexo esteve associada à população preta (109,5). A análise da razão de sexo para os diferentes grupos

de cor ou raça denota que a população preta apresenta a razão de sexo mais elevada, 103,9 para o Goiânia quando comparado com os outros grupos, Tabela 6.

Tabela 6 - Razão de sexo da população residente em Goiânia, por cor ou raça, 2022.

Cor ou raça	Razão de sexo (%) *
Branca	84,7
Preta	109,5
Parda	92,1
Amarela	87,3
Indígena	86,1
Total	90,0

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2022. *Razão de sexo é o número de homens para cada 100 mulheres.

As mudanças observadas na distribuição percentual das categorias de cor ou raça possuem natureza multifatorial. Podem refletir processos demográficos, como diferenças nas taxas de fecundidade entre mulheres negras e brancas, além de padrões de miscigenação e de autorreconhecimento racial em evolução. Ademais, fatores migratórios, transformações socioeconômicas e mudanças no acesso a políticas públicas e serviços também influenciam os modos de autodeclaração e identificação étnico-racial. Tais dinâmicas evidenciam a complexidade da composição racial brasileira, fortemente marcada por processos históricos, culturais e estruturais que se atualizam ao longo do tempo.

Goiânia vêm tendo um crescente aumento no número de registros migratórios, o que reforça a necessidade de se alcançar uma clareza maior quanto à aplicação de Lei de Migração, de forma que seja possível assegurar todos os direitos e garantias para esses migrantes. A capital goiana, por sua vez, é a oitava capital que mais cresceu no Brasil entre 2024 e 2025.

Goiânia continua sendo uma terra de oportunidades, atraindo pessoas de fora. De acordo com o Índice de Reposição Populacional do IBGE, entre 2005 e 2015, mostra que para cada 10 pessoas que partiram de Goiás para outros lugares, 23 chegaram ao estado buscando uma vida melhor, isso demonstra que a escolha pela região central do país está em alta desde o início de sua criação. A capital de Goiás, segundo o último Atlas do Censo Demográfico, editado em 2010, aponta que Goiânia é a segunda capital que mais atrai migrantes no País - só perde para Brasília.

A região central do Brasil a qual compreende Goiânia e Brasília é alvo de alto fluxo migratório de populações de baixa renda e escolaridade, principalmente advindas das regiões norte e nordeste do país. Hoje, a população não oriunda de Goiânia é predominantemente de Minas Gerais, Bahia, Tocantins, Maranhão, São Paulo e Pará, respectivamente.

1.4. CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO

O Índice de Progresso Social (IPS) é uma ferramenta que mede o desempenho social e ambiental de territórios em todas as geografias (países, estados, municípios e até comunidades) que foi desenvolvido pela organização internacional *Social Progress Imperative*, a qual coordena a publicação anual do IPS para 170 países desde 2014.

O IPS Brasil 2025 é composto por 57 indicadores sociais e ambientais oriundos de fontes públicas. Esses indicadores foram agregados em um índice geral com nota de 0 a 100. Por sua vez, esse índice geral está dividido em índices para três dimensões do progresso social (Necessidades Humanas Básicas, Fundamentos do Bem-estar e Oportunidades), e 12 componentes dentro das dimensões (Nutrição e Cuidados Médicos Básicos, Água e Saneamento, Moradia, Segurança Pessoal, Acesso ao Conhecimento Básico, Acesso à Informação e Comunicação, Saúde e Bem-estar, Qualidade do Meio Ambiente, Direitos Individuais, Liberdades Individuais e de Escolha, Inclusão Social e Acesso à Educação Superior).

Os municípios brasileiros foram classificados em nove grupos, que podem ser vistos no mapa nacional com as cores azul, amarelo e vermelho e Goiânia ficou no grupo 1, com os melhores resultados, alcançados por 358 municípios.

As capitais apresentaram notas relativamente melhores no IPS com exceção de Maceió, Porto Velho e Macapá. As seis melhores capitais foram Curitiba, Campo Grande, Brasília, São Paulo, Belo Horizonte e Goiânia. Palmas é a melhor capital da região Norte, enquanto João Pessoa lidera o ranking no Nordeste.

O Brasil atingiu uma pontuação média (61,96) numa escala que vai de 0 a 100 e Goiânia ficou acima da média do país com o Índice de Progresso Social de 68,2, apesar de ter registrado queda em relação ao ano anterior cujo Índice ficou em 70,5. Ultrapassou capitais como Rio de Janeiro (66,10), Fortaleza (64,44) e Salvador (61,42), todas com população superior. A capital goiana também lidera o ranking estadual, sendo o município com melhor desempenho em Goiás.

No comparativo com outras capitais do Centro-Oeste, Goiânia lidera cinco dos doze componentes avaliados. A cidade alcançou 92,00 em Água e Saneamento e 94,84 em Moradia, os

melhores índices da região. Também se destacou em Acesso ao Conhecimento Básico (80,38), Acesso à Educação Superior (75,16) e Acesso à Informação e Comunicação (77,43), evidenciando o avanço nos serviços educacionais e na infraestrutura tecnológica.

Outro ponto forte de Goiânia foi o desempenho em Fundamentos do Bem-estar, com 70,46 pontos, ficando atrás apenas de Brasília. Em Saúde e Bem-estar, a capital goiana obteve 58,33 pontos, e em Oportunidades, 55,66 — ambos entre os melhores da região.

A cidade também apresentou resultados positivos em Inclusão Social (39,02), acima de Brasília (26,38), indicando avanços na equidade de gênero, raça e acesso a direitos para populações vulneráveis, resultados aquém dos outros o que demonstra desafios pela frente. Já em Nutrição e Cuidados Médicos Básicos, obteve 73,00 pontos, reforçando o acesso da população a alimentação adequada e atenção médica básica.

Em relação ao meio ambiente, Goiânia conquistou 65,69 pontos em Qualidade do Meio Ambiente, refletindo a preservação de áreas verdes e políticas de resiliência climática. No quesito Segurança Pessoal, a nota foi 54,27, demonstrando que, embora existam desafios, há esforços contínuos para reduzir a violência e garantir a segurança da população.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é uma medida composta de três dimensões: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. Goiânia alcançou em 2010, o valor de 0,799, ficando em 45º entre os municípios brasileiros (ATLAS BR, 2013).

1.4.1. ECONOMIA, TRABALHO E OCUPAÇÃO

Em 2021, o Produto Interno Bruto per capita era de R\$ 38.483,54. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 94 de 246 e na 1537 de 5570 entre todos os municípios. Já o percentual de receitas externas em 2024 era de 49,01%, o que o colocava na posição 233 de 246 entre os municípios do estado e na 5347 de 5570. Em 2024, o total de receitas realizadas foi de R\$ 9.128.001.190,67 (x1000) e o total de despesas empenhadas foi de R\$ 9.534.406.325,07 (x1000). A inflação acumulada em 12 (doze) meses para o ano de 2023 foi de 3,82. Goiânia tem, até setembro de 2025 uma frota de 1.395.526 veículos. 286.391 pessoas utilizam automóvel como meio de transporte para chegar ao trabalho; 97.11 de ônibus; 85.540 de motocicleta; 66.512 a pé e 25.317 de bicicleta.

As principais atividades econômicas do município são: a) saúde, sendo Goiânia referência em serviços de saúde, com clínicas e hospitais especializados em distintas áreas da medicina; b)

atividades imobiliárias, com a atuação de incorporadoras e construtoras em diversas áreas da cidade; c) confecção, uma vez que Goiânia é um dos maiores polos de confecção de roupas e tecidos do país, com destaque para a Rua 44, Feira Hippie e a Avenida Bernardo Sayão, todas áreas de comercialização de roupas, que atrai uma grande quantidade de varejistas de todo o país (GOIÂNIA, 2025).

Em 2020, a Região Metropolitana de Goiânia teve um elevado crescimento da desigualdade, superando a Região Metropolitana do Vale do Rio Cuiabá, que teve uma expressiva redução do coeficiente em 2021, seguida de um relativo crescimento em 2022 e 2023. Dessa forma, os valores das médias móveis do coeficiente de Gini para essas Regiões Metropolitanas no 4º trimestre de 2023 foram: 0,608 para o Distrito Federal, 0,567 para Goiânia e 0,554 para o Vale do Rio Cuiabá (Boletim Desigualdade nas Metrôpoles, 2024).

As cinco metrôpoles mais desiguais no 4º trimestre de 2023 foram, em ordem decrescente de desigualdade de renda: João Pessoa [0,670], Aracaju [0,657], Natal [0,652], Salvador [0,648] e Teresina [0,647], todas elas pertencente à região Nordeste do Brasil. Já as cinco metrôpoles menos desiguais, em ordem decrescente de desigualdade de renda, foram as seguintes: Goiânia [0,567], Macapá [0,564], Curitiba [0,564], Florianópolis [0,556] e Vale do Rio Cuiabá [0,554].

As cinco Regiões Metropolitanas com as maiores razões de rendimento no 4º trimestre de 2023 foram, em ordem crescente, Recife [40,6], Salvador [42,1], Natal [44,4], Aracaju [45,3] e João Pessoa [48,0]. No extremo oposto, as Regiões Metropolitanas em que a razão de rendimentos no 4º trimestre de 2023 apresentavam os [21,4], Curitiba [20,2], Goiânia [20,0], Florianópolis [19,8], e Vale do Rio Cuiabá [18,7]. 32 menores níveis eram, em ordem decrescente, Macapá.

A proporção de pessoas vivendo com rendimentos de até $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo se manteve mais elevada nas regiões metropolitanas do Norte e Nordeste e mais baixa nas regiões metropolitanas do Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Os maiores percentuais de indivíduos vivendo em domicílios com rendimento per capita de até $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo, no 4º trimestre de 2023, foram registradas nas Regiões Metropolitanas de Natal [36,5%], Recife [36,3%], João Pessoa [35,7%], Aracaju [35,7%] e Grande São Luís [34,8%], todas regiões metropolitanas do Nordeste. No outro extremo, as Regiões Metropolitanas que registraram as menores proporções foram, em ordem decrescente, Vale do Rio Cuiabá [17,4%], Distrito Federal [17,2%], Curitiba [17,0%], Goiânia [16,5%] e Florianópolis [16,0%]. Em 2022, o salário médio mensal era de 3 salários-mínimos.

Em 2022 o setor de construção civil obteve a maior expansão percentual em relação a 2020 (12,8%) e apresentou uma remuneração média de R\$ 2.135,56. A maioria desses empregos estão concentrados em Goiânia com 28.192 vínculos (40,6%), Aparecida de Goiânia com 11.677 vínculos (16,8%) e Anápolis com 3.565 vínculos (5,1%).

O setor de Serviços é o setor que mais emprega no estado e tem a maior remuneração média, no valor de R\$ 3.165,96. Os maiores geradores de emprego no setor foram Goiânia com 383.106 vínculos (46,5%), Aparecida de Goiânia com 57.058 vínculos (6,9%), Anápolis com 44.141 vínculos (5,4%).

O Comércio é o segundo setor que mais emprega, porém, é o setor que apresenta a menor remuneração média, R\$ 1.998,69 e os municípios que mais empregaram no setor: Goiânia com 109.631 postos (35,7%), Aparecida de Goiânia com 25.402 postos (8,3%) e Anápolis com 21.924 postos (7,1%).

A Indústria possui a segunda melhor remuneração média, R\$2.625,01. Do mesmo modo, apresentou o segundo maior crescimento em relação a 2020, foram 19.786 novos postos (7,5%), com destaque para os municípios de Goiânia com 59.636 postos (21,1%), Anápolis com 32.985 postos (11,7%) e Aparecida de Goiânia com 21.256 (7,5%).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, no 2º trimestre de 2025, tinham 884 mil pessoas na força de trabalho e 394 mil fora. Além disso, destaca-se 855 mil pessoas ocupadas com 66,9% de nível de ocupação e 29 mil pessoas desocupadas, com taxa de desocupação de 3,3%; as pessoas subutilizadas na forma de trabalho ampliada somavam 59 mil.

1.4.2. MORADIA E DENSIDADE DOMICILIAR

Dados do Censo Demográfico 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, mostram que, em Goiânia, 69,99% das pessoas vivem em casas, enquanto 24,33% em apartamento. Outros índices incluem casa de vila ou em condomínio (3,95%), habitação em casa de cômodos ou cortiço (1,71%) e estrutura residencial permanente degradada ou inacabada (0,02%). O número passou de 15,02% para 24,33%, isso demonstra uma mudança no perfil habitacional da capital goiana, possivelmente por fatores como crescimento populacional, valorização do solo e busca por praticidade e segurança (IBGE, 2022).

Em relação a composição familiar, existem 22,1% de domicílio com 1 (um) morador, 0,79% de domicílios com cônjuges do mesmo sexo, 20,1% dos domicílios com cônjuges sem filhos.

Em relação à característica do entorno dos domicílios, tem-se: 89,75% com arborização, 99,23% com via pavimentada, 2,27% com via sinalizada para bicicletas, 99,61% com iluminação pública.

Em relação as características dos domicílios, destaca-se: 79,19% conectada à rede de esgoto; 95,41% abastecidos pela rede geral de água; 99,91% têm banheiro de uso exclusivo e 99,78% têm coleta de lixo.

Importante mencionar de 1,8% residem em favelas (25.616) e o restante fora de favelas.

Goiânia é uma metrópole essencialmente urbana: 99,8% da população reside na cidade e 0,2% em domicílio de zona rural.

A média de moradores em domicílios particulares é de 2,61 de moradores por domicílio e o número de domicílios particulares é de 549.509.

1.4.3. PRESENÇA DE ANIMAIS

O monitoramento da presença de animais, cachorros ou gatos), nos domicílios permite conhecer o percentual daqueles que são domiciliados e vacinados contra raiva.

Em 2019, a PNS estimou que 49,1% dos domicílios de Goiânia possuíam pelo menos um cachorro, o equivalente a 262.685 mil de unidades domiciliares, 10,7% algum gato que corresponde a 57.097 de domicílios com algum gato.

Do total de domicílios com algum cachorro ou gato (279.330), 82,1% (229.323) tiveram todos esses animais vacinados contra raiva nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista.

1.4.4. SANEAMENTO BÁSICO

De acordo com o Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico, em 2023, 75,1% com índice de esgoto tratado referido à água consumida, 0,4% da parcela da população sem coleta de esgoto (5.492). Ainda tem 5.492 de pessoas sem acesso à água, ou seja, 0,4% da parcela da população sem acesso à água.

Houve 435 internações totais por doenças de veiculação hídrica em 2023, uma incidência de internações totais por doenças de veiculação hídrica de 2,97/10 mil habitantes, um gasto de R\$ 335.446,39 de despesas com internações por doenças de veiculação hídrica e 12 óbitos por doenças de veiculação hídrica.

A renda das pessoas com saneamento é de R\$ 3.122,11 por mês contra R\$ 2.498,21 sem saneamento. A escolaridade das pessoas com saneamento é de 9,61 anos de educação formal e sem, 7,62. A nota média de pessoas que realizaram o Exame Nacional do Ensino Médio e possuíam

banheiro foi de 579,64 pontos e sem banheiro, de 580,15 pontos. O aluguel médio das moradias com saneamento é de R\$ 781,44R\$ por mês e sem, R\$ 775,05 mensal.

Goiânia conquistou o 1º lugar na categoria “Destaques do Ranking do Saneamento 2025” entre as capitais brasileiras e está em 7º lugar no ranking do saneamento de 2025, com nota de 9,60, perdendo para: Campinas/SP, Limeira/SP, Niterói/RJ, São José do Rio Preto/SP, Franca/SP e Aparecida de Goiânia/GO. Destaca-se que em 2024 estava em 19º no ranking de 2024. Pelo ranking, Goiânia tem 99,62% da população com água tratada, 99,62% com esgotamento sanitário, Apenas 12,7% de perdas na distribuição (melhor entre capitais) e 75,1% de tratamento de esgoto (Instituto Trata Brasil, 2025).

Não podemos esquecer que problemas nos sistemas de drenagem e manejo das águas pluviais podem desencadear impactos diretos sobre a vida da população nas áreas urbanas. Segundo informações da Defesa Civil de Goiás, em Goiânia existem 33 áreas de riscos sujeitas a risco de inundações, erosões, queda de blocos, dentre outros. E de 2013 a 2019 foram registradas duas enxurradas, inundações ou alagamentos.

1.4.5. ENSINO, MATRÍCULA, DOCENTES, REDE ESCOLAR

Em 2022, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 97,73%. Na comparação com outros municípios do estado, ficava na posição 204 de 246. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava na posição 4823 de 5570. Em relação ao IDEB, no ano de 2023, o IDEB para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública era 6,5 e para os anos finais, de 5,6. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 81 e 86 de 246. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 1159 e 544 de 5570 (IBGE Cidades, 2025).

Segunda a taxa de escolarização para grupos de idade em 2024, Goiânia registrou uma taxa de 28,8% de 0 a 3 anos, 82,8% de 4 a 5 anos, 99% de 6 a 14 anos e 97,8% de 15 a 17 anos. Tem uma taxa de 2,5% de não alfabetizados.

De acordo com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Goiânia tinha 278.377 para Educação Básica em 2024, sendo 54.593 na Educação Infantil com 23.259 em creches e 31.334 no pré-escolar; 159.374 no Ensino Fundamental, do 1º ao 9º ano; 44.846 no Ensino Médio da 1ª a 4ª série; 11.208 na Educação de Jovens e Adultos e 10.543 na Educação Especial.

São 826 estabelecimentos da educação infantil, 555 do ensino fundamental, 167 do ensino médio, 43 da educação profissional, 103 da Educação de Jovens e Adultos e 711 da educação especial. Quanto a quantidade de docentes na Educação Básica, existem 13.202, tanto de escola pública (7.580) quanto privada (6.089), destacando-se que 5.265 são docentes do município, 5.235 da zona urbana e 30 da rural. Do ensino médio são 2.873. Da educação profissional são 741. Da Educação de Jovens e Adultos são 940 e da educação especial 8.687.

Segundo Censo de 2022, Goiânia tem uma taxa de frequência escolar bruta de 26,5%; um número médio de 11 anos de estudo das pessoas de 11 anos ou mais de idade; 311.011 de pessoas com pelo menos nível superior de graduação concluído.

Da população total de residentes em Goiânia, 20% não tem instrução, 14% têm o fundamental completo e médio incompleto, 38,4% com ensino médio completo e superior incompleto e 27,7% com superior completo.

1.4.6. VIOLÊNCIAS E SEGURANÇA

A violência é um tema sempre em destaque na sociedade. A violência e criminalidade não são sinônimas. Enquanto a violência é constrangimento físico ou moral, a criminalidade é a expressão dada pelo conjunto de infrações que são produzidas em um tempo e lugar determinado, é o conjunto dos crimes. Então, a criminalidade é o resultado da violência (BUORO, 1999).

A segurança pública hoje está melhor do que antes, mas muito aquém do ideal, pois nossas taxas de criminalidade continuam elevadas. Avançamos em relação ao passado, as políticas de segurança pública foram aperfeiçoadas, mas há determinadas formas de violência que estão inscritas no corpo social e, por estarem arraigadas tal como se encontram nas nossas práticas cotidianas, passam imperceptíveis por muitos de nós ao longo de nossas vidas.

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, no período de 2014 a 2024 (dados preliminares), totalizaram 4.988 homicídios na capital, 707 somente em 2014, ano mais violento desta série, a maioria na faixa etária de 15 a 39 anos. Nos anos posteriores houve redução nestes números, exceto em 2023 (254) que ficou maior do que 2022 (214).

Em relação às violências interpessoais e autoprovocadas, obtidas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação, que trazem as informações das notificações realizadas pelos serviços de Saúde e escolas municipais da cidade observou-se um total 44.499 destas violências entre 2011 e 2024 (dados preliminares), sendo 10.083 (23%) de violência

autoprovocada e 33.784 de interpessoal (76%) e 632 (1%) não determinadas, 62% sexo feminino e 38% masculino.

Os tipos de violência mais comuns são: violência física (41%), negligência/abandono (31%), sexual (24%) e psicológica/moral (4%).

Ao analisar por ciclos de vida, a negligência/abandono é a que mais ocorre entre crianças de até 9 anos (75,8%); entre adolescentes de 10 a 19 anos a maior ocorrência é de violência física (45%); entre pessoas adultas também a física (76%) e entre idosas a física (54%) e negligência/abandono (35%).

A própria residência da pessoa em situação de violência (61%) o local mais comum para todos os ciclos de vida e 29% violência de repetição. Os familiares são os principais autores da violência contra criança (73%) e contra as idosas (39%). Entre as adolescentes, familiares (28%), amigos/conhecidos (14%), desconhecidos/agentes da lei/outro (28%). Entre as pessoas adultas (24%) são familiares.

Ressalta-se que entre mulheres adultas o segundo maior agressor são os parceiros (24%). Resultando que os índices de homicídios de mulheres residentes na capital, são 849 mulheres de todas as idades assassinadas de 2000 a 2024 (dados preliminares), maior parte delas tinham entre 15 e 49 anos, eram pardas e solteiras.

1.4.7. LAZER E TURISMO

Goiânia tem 94 metros quadrados de áreas verdes por habitante. A Agência do Meio Ambiente da Prefeitura de Goiânia aponta que a capital goiana possui 205 áreas verdes, sendo cerca de 70 parques e bosques que contam com cenários propícios para a prática de exercícios físicos, além da possibilidade de apreciar o lazer. De acordo com a Organização das Nações Unidas, é recomendável que uma cidade tenha pelo menos 12 metros quadrados, ou seja, Goiânia supera a meta com um índice de sete vezes mais áreas verdes.

É reconhecida nacionalmente por sua forte presença nos setores da moda, indústria, saúde, agronegócio e música sertaneja. Seu rico acervo arquitetônico em estilo *Art Déco*, um dos maiores do mundo, reforça sua identidade histórica e cultural.

A arrecadação do Imposto Sobre Serviços proveniente das Atividades Características do Turismo em Goiânia no primeiro trimestre de 2025 apresentou um crescimento de 7,08% em relação ao mesmo período de 2024, passando de R\$ 15.197.629,55 para R\$ 16.355.917,42.

Goiânia integra, desde 2023, a Rede Ibero-Americana de Destinos Turísticos Inteligentes, reforçando seu compromisso com o desenvolvimento sustentável do turismo e com a troca de experiências e boas práticas com outras cidades inovadoras da América Latina, Espanha e Portugal. Esse posicionamento projeta Goiânia no cenário internacional como um destino em transformação, alinhado às principais diretrizes do turismo inteligente.

Goiânia passou a contar com um novo atrativo voltado para moradores e turistas: o Caminho dos Bougainvilles, trilha urbana de longo curso com mais de 50 km de extensão, voltada para caminhadas e ciclismo. A iniciativa valoriza o turismo urbano, a mobilidade sustentável e o patrimônio histórico da cidade.

Outras grandes atrações da cidade são o ‘Parque Mutirama’, que oferece atrações e é aberto ao público de todas as idades, e o ‘Parque Zoológico’, onde atividades de lazer e cultura se juntam à importante missão de dedicar o espaço a atividades de educação ambiental e à conservação de espécies de animais silvestres.

Devido a sua localização estratégica e sua grande rede hoteleira a cidade é referência para realização de grandes feiras e congressos, bem como, turismo de compras em Goiânia sem citar a indústria da moda, bem como para saúde.

Em 2023, no aeroporto de Goiânia, foram embarcados e embarcados, respectivamente, 1.750.608 e 1.743.395 passageiros e com uma carga e descarga de 11.013 toneladas.

Entregas importantes do setor de turismo tem sido feita, como: a conquista do prêmio de Destino Turístico Inteligente do Ano, na Feira Internacional de Destinos Inteligentes; o lançamento do Caminho dos Bougainvilles; a entrega do Plano Estratégico de Desenvolvimento Turístico de Goiânia e a consolidação do Calendário de Eventos de Goiânia.

1.4.8. ORGANIZAÇÃO RELIGIOSA

Embora tenha se desenvolvido sobre uma matriz social eminentemente católica, é possível encontrar atualmente na cidade dezenas de denominações protestantes diferentes. De acordo com dados do Censo de 2022 realizado pelo IBGE, 46,8% da população do município era católica apostólica romana, 33,9% eram evangélicos, 9,2% não tinha religião, 3,7% eram espíritas, 0,7% umbanda e candomblé, 5,6% outras religiosidades e 0,1% Não sabe ou sem declaração (IBGE, 2022).

1.4.9. ORGANIZAÇÃO POLÍTICA

De acordo com o Tribunal Superior Eleitoral, Goiânia possuía, em 2024, 1.030.274 eleitores aptos a votarem, sendo 926.902 obrigatório e 103.372 facultativo. São 26 (vinte e nove) partidos políticos.

Quanto a organização política o Poder Executivo da cidade de Goiânia é representado pelo prefeito e seu gabinete de secretários, em observância ao disposto na Constituição Federal. A Lei Orgânica do Município, criada em 1990, determina que a ação administrativa do Poder Executivo será organizada segundo os critérios de descentralização, regionalização e participação popular, o que faz com que a cidade seja dividida em várias regiões administrativas. O Poder Legislativo é representado pela câmara municipal, composta por 37 vereadores eleitos para cargos de quatro anos. Cabe à casa elaborar e votar leis fundamentais à administração e ao Executivo e o e o Poder Judiciário (em nível estadual e federal).

Em complementação ao processo legislativo e ao trabalho das secretarias, existe também uma série de *conselhos municipais*, compostos obrigatoriamente por representantes dos vários setores da sociedade civil organizada. Contribuindo para o setor Saúde, em Goiânia, encontra-se em atividade o Conselho Municipal de Saúde desde 2002 (GOIÂNIA, 2002).

2. SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

A situação de saúde de um município corresponde à análise sistemática dos principais problemas de saúde, suas causas determinantes e impactos na população local, englobando aspectos como morbidade, mortalidade e condições de vida. Para essa avaliação, utilizam-se indicadores epidemiológicos e de acesso aos serviços de saúde, tais como taxas de mortalidade infantil, materna e geral, prevalência de doenças crônicas (como hipertensão e diabetes), além da cobertura e qualidade da atenção nos diferentes níveis de atenção — primária, secundária e terciária.

A Análise da Situação de Saúde tem como finalidade produzir informações e conhecimentos estratégicos que orientem a tomada de decisão em saúde coletiva. Trata-se de uma prática essencial em todos os níveis de gestão — serviços de saúde, comunidade, municípios, estados e esfera federal —, pois permite a utilização qualificada de dados nas atividades de planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos, formulação e avaliação de políticas e programas de saúde.

Além de seu papel técnico, a Análise da Situação de Saúde possui importante valor político e social, ao se constituir em instrumento de suporte ao controle social. Ao ampliar o acesso público às informações e análises produzidas, contribui para o fortalecimento da transparência, da participação social e da responsabilização dos gestores, beneficiando tanto a comunidade quanto os profissionais e instituições do sistema de saúde.

A realização da Análise da Situação de Saúde do município é, portanto, fundamental para o planejamento, execução e avaliação das políticas públicas de saúde, assegurando sua pertinência, efetividade e alinhamento às necessidades reais da população. Trata-se de um processo contínuo de diagnóstico e monitoramento, que integra produção de conhecimento, gestão baseada em evidências e participação social, constituindo-se em um eixo estruturante da gestão municipal em saúde.

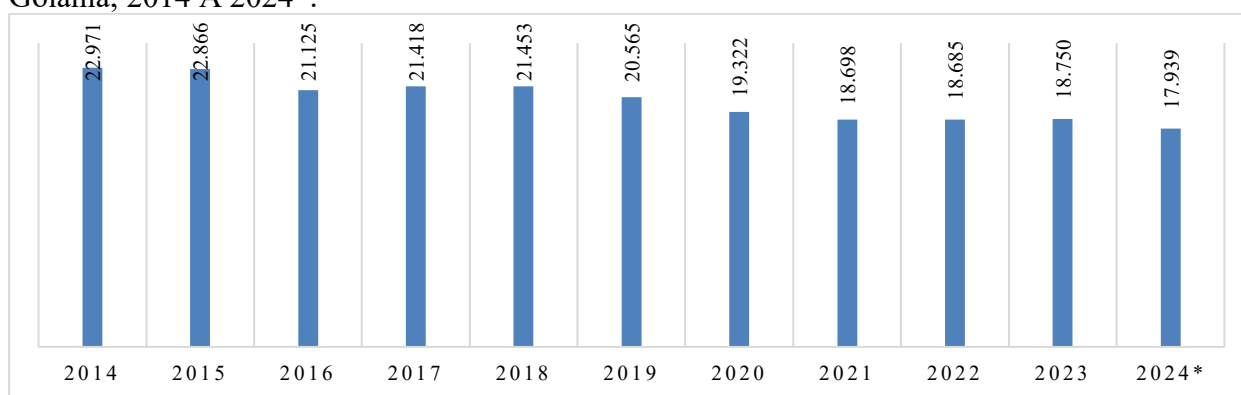
2.1. NASCIDOS VIVOS

O número de nascidos vivos em Goiânia teve uma queda acentuada nos últimos 11 anos, com a diminuição de 22% no número de nascimentos quando comparamos o ano de 2024 (dados

preliminares) com 2014, e com 2023 (18,4%) refletindo um padrão semelhante ao que vem ocorrendo no restante do país (GRÁFICO 11).

Houve queda mais acentuada no ano de 2016, sendo 7,6% inferior ao ano anterior. Este importante decréscimo em 2016 também ocorreu em quase todos os estados e capitais brasileiras. Pesquisadores afirmam que esta queda pode ter ocorrido pelo impacto da situação econômica do país, assim como pelo receio de engravidar por algumas mulheres pela circulação do Zika Vírus e sua relação com a ocorrência de microcefalias em crianças. Outra redução observada foi a partir de 2020, possivelmente pelo impacto da COVID-19.

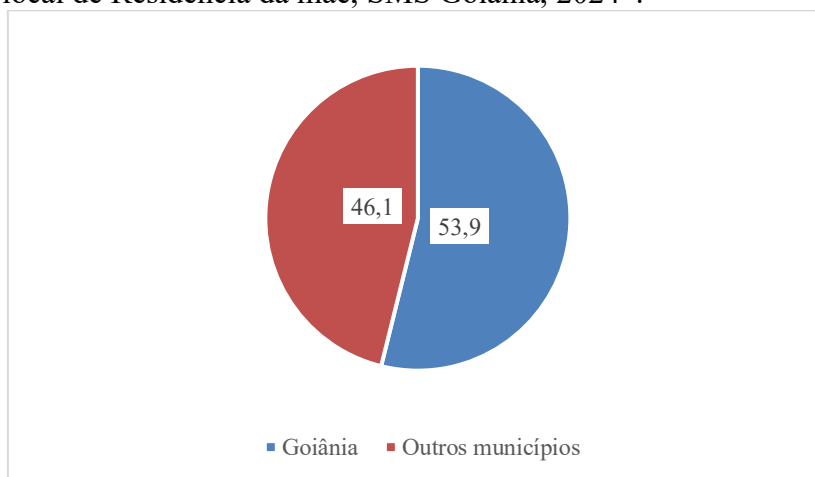
Gráfico 11 - Número de Nascidos Vivos em Goiânia, segundo local de residência da mãe, SMS Goiânia, 2014 A 2024*.



Fonte: SINASC, 2025. *Dados preliminares

Em 2024 (dados preliminares), o número de nascidos vivos ocorridos no município foi de 32.596 crianças e deste 53,9% são de residentes em Goiânia e 46,1% de outros municípios (GRÁFICO 12).

Gráfico 12 - Percentual de Nascidos Vivos em Goiânia, segundo local de Residência da mãe, SMS Goiânia, 2024*.

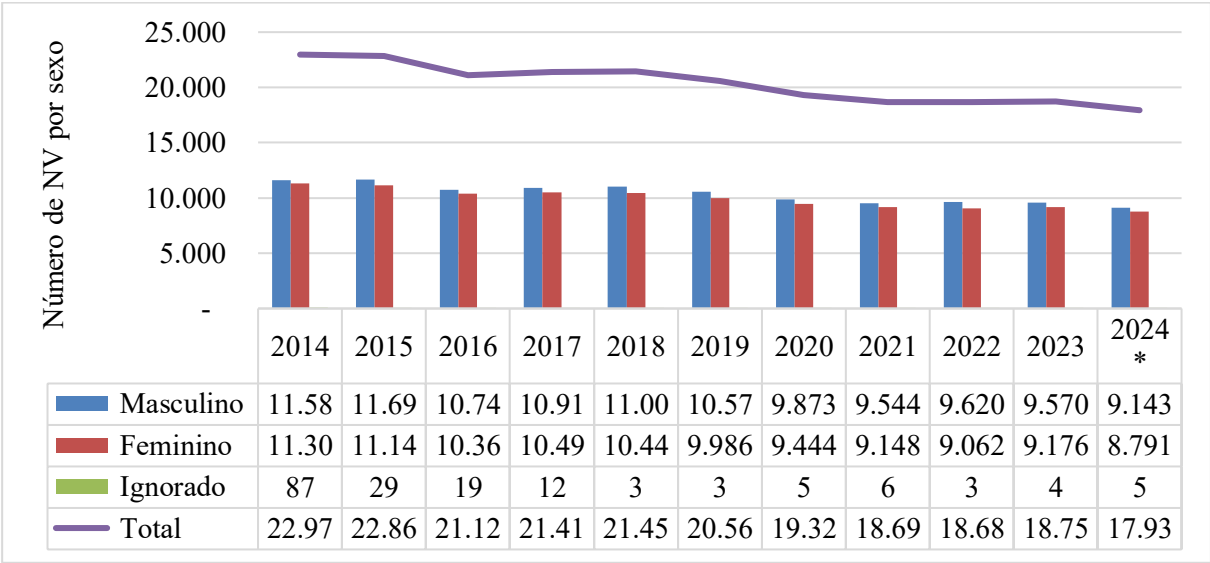


Fonte: SINASC, 2025. * Dados preliminares

Entre os nascidos vivos de mães residentes em Goiânia no ano de 2024 (dados preliminares), 51% eram do sexo masculino e 49% do sexo feminino. Observa-se, ao longo dos últimos anos, uma tendência de estabilidade na razão de sexos ao nascer, com pequenas variações anuais. Apesar dessas oscilações, o predomínio de nascimentos masculinos permanece ligeiramente superior, característica observada de forma consistente no período analisado.

Essa distribuição é compatível com o padrão biológico esperado, segundo o qual a razão de sexos ao nascer tende a situar-se em torno de 105 meninos para cada 100 meninas, valor considerado estável e fisiológico em populações humanas. Tal estabilidade sugere ausência de distorções significativas relacionadas a fatores ambientais, sociais ou de saúde materna que possam influenciar o equilíbrio natural entre os sexos ao nascer, refletindo um comportamento demográfico regular no município (GRÁFICO 13).

Gráfico 13 - Número de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, por sexo, SMS Goiânia, 2014 – 2024*.



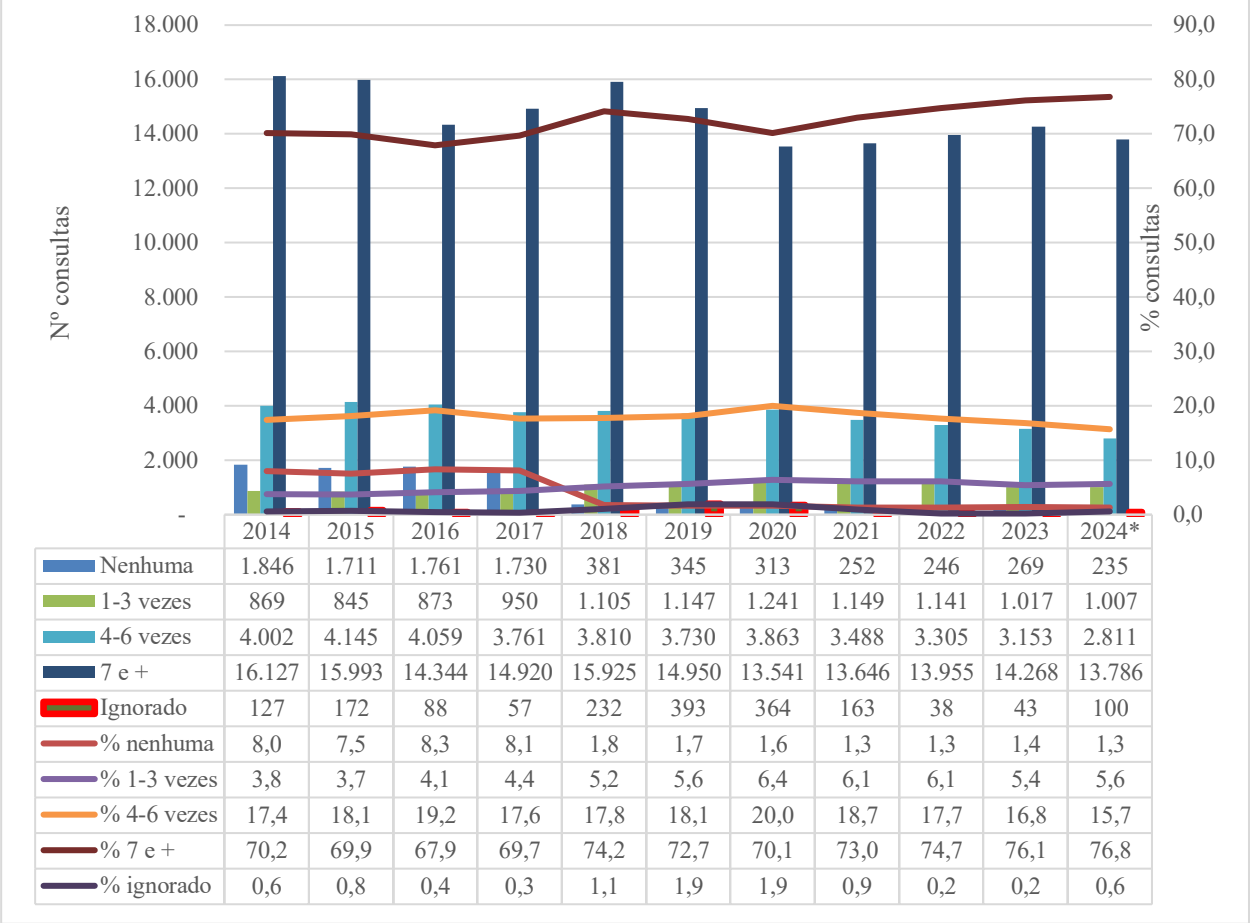
Fonte: SINASC, 2025. *Dados preliminares.

Em 76,8% dos nascidos vivos de mães residentes em Goiânia, estas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, e, este é um indicador que tem mantido com bons resultados, refletindo a vinculação da gestante ao pré-natal resultando em prevenção de agravos na gestação, parto e puerpério. 15,7% entre 04 e 06 consultas, 5,6% entre 1 e 3 consultas e 1,3% não realizaram nenhuma consulta (GRÁFICO 14).

Quando comparado com os anos anteriores, o município de Goiânia apresentou uma queda no número de consultas de pré-natal a partir de 2020 e precisa ser analisado se foi pela COVID-

19 e se teve impacto no perfil demográfico ou se é uma tendência por outros motivos associados, assim como para uma a três consultas.

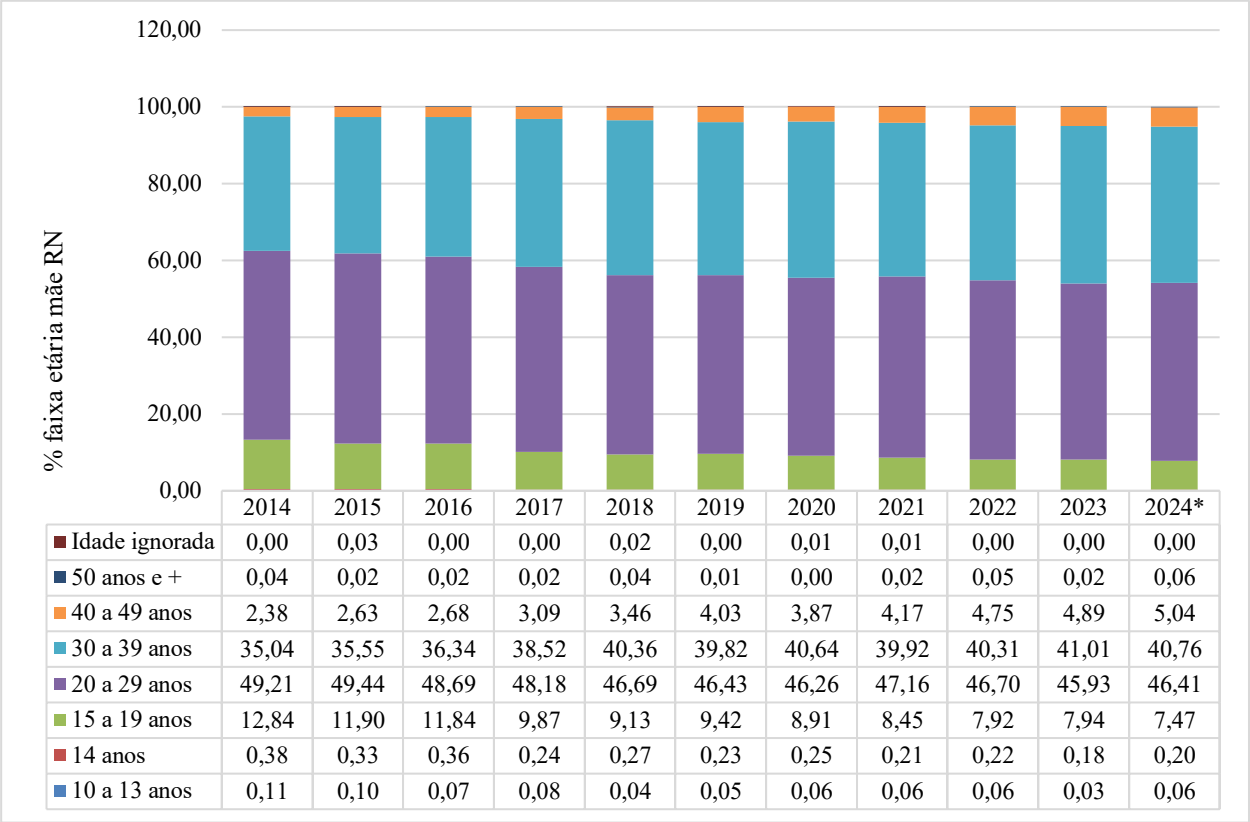
Gráfico 14 - Número e percentual de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, segundo número de consultas de pré-natal, SMS Goiânia, 2014 – 2024*.



Fonte: SINASC, 2025. *Dados preliminares.

Considerando a faixa etária da mãe, em 2024 (dados preliminares), 46,41% dos nascidos vivos foram de mulheres entre 20 e 29 anos, 40,76% entre 30 e 39 anos, 7,47% entre 15 e 19 anos e 5,10 % a partir dos 40 anos (GRÁFICO 15). Houve 0,20% nascidos vivos de mães de 14 anos (35), 0,06 entre 10 e 13 anos (11), o que caracteriza estupro de vulneráveis. Nascimentos em mães de 14 anos precisam ser melhor analisados para identificar possíveis violências sexuais. De 2014 a 2024 foram 149 nascidos vivos de mães entre 10 e 13 anos em consequência de violência sexual.

Gráfico 15 - Percentual de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, segundo faixa etária da mãe, SMS Goiânia, 2014 A 2024*.



Fonte: SINASC, 2025. *Dados preliminares.

O peso ao nascer é um indicador fundamental das condições de saúde e de desenvolvimento intrauterino a que o feto foi submetido durante a gestação, sendo reconhecido como o principal fator individual associado à sobrevivência e ao risco de óbito neonatal (Viana et al., 2013). O desenvolvimento intrauterino representa um dos períodos mais vulneráveis do ciclo de vida, exercendo influência determinante sobre o crescimento e o estado de saúde da criança nos primeiros anos de vida.

O peso ao nascer corresponde à primeira medida obtida após o parto, permitindo a classificação dos recém-nascidos segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2016): Baixo peso ao nascer: menor que 2.500 g; Muito baixo peso: menor que 1.500 g e Extremo baixo peso: menor que 1.000 g.

A faixa de peso entre 3.000 g e 3.999 g é considerada a mais favorável, por representar um fator de proteção à mortalidade infantil (Barbas et al., 2001).

Os principais determinantes do baixo peso ao nascer são o retardo do crescimento intrauterino e a prematuridade, definida como idade gestacional inferior a 37 semanas. Outros fatores associados incluem gestações múltiplas, hipertensão arterial, baixo índice de massa

corporal e estatura materna reduzida, tabagismo, baixo ganho de peso durante a gestação, primiparidade, anomalias congênitas e fatores genéticos. Essas condições evidenciam a importância da atenção pré-natal qualificada e do acompanhamento contínuo da gestante (Capelli et al., 2020).

No outro extremo, o peso elevado ao nascer, conhecido como macrosomia fetal (peso superior a 4.000 g), está frequentemente associado ao diabetes mellitus gestacional ou pré-gestacional. Também constituem fatores de risco a idade materna superior a 35 anos, multiparidade, pós-datismo, obesidade prévia e ganho ponderal excessivo durante a gestação. A prevalência de macrosomia é estimada em cerca de 5% dos nascidos vivos, podendo alcançar 25% entre mães com diabetes, especialmente quando o controle glicêmico é inadequado (Kerche et al., 2005).

A macrosomia fetal está relacionada a complicações obstétricas e neonatais, como asfixia perinatal, hipoglicemia neonatal, rotura prematura de membranas, parto prematuro, desproporção feto-pélvica, traumas durante o parto, distúrbios metabólicos e aspiração de mecônio.

Em síntese, o peso ao nascer, seja abaixo ou acima dos valores ideais, constitui um importante indicador da situação de saúde materno-infantil. A análise contínua desse parâmetro contribui para o planejamento de ações de vigilância, promoção da saúde e redução da morbimortalidade infantil, reforçando a necessidade de atenção pré-natal integral, equitativa e de qualidade no âmbito do SUS.

No período de 2014 a 2024 (dados preliminares), foram registrados 223.792 nascidos vivos de mães residentes em Goiânia. Observa-se que a maior concentração de nascimentos ocorreu na faixa de 3.000 a 3.999 gramas, totalizando 137.580 nascidos (61,5%), seguida pela faixa de 2.500 a 2.999 g com 57.527 (25,7%). Esses grupos correspondem ao peso considerado adequado ao nascer, configurando um perfil populacional predominantemente saudável quanto a esse indicador (TABELA 7).

Os nascidos com baixo peso ao nascer (<2.500 g) totalizaram 21.294 (9,5%) no período analisado, proporção que se manteve relativamente estável ao longo dos anos, variando entre 8,8% e 9,8%. Esse valor, embora semelhante à média nacional, requer atenção contínua das políticas de atenção pré-natal e neonatal, dado o forte impacto do baixo peso sobre a mortalidade neonatal precoce.

No extremo oposto, os nascidos com peso igual ou superior a 4.000 g (macrosomia) somaram 7.388 (3,3%) do total. Essa proporção apresenta discreta tendência de redução no período, passando de 3,5% em 2014 para 3,3% em 2024, possivelmente refletindo melhor controle

glicêmico em gestantes com diabetes mellitus e maior ênfase no acompanhamento nutricional durante o pré-natal.

Tabela 7 - Número de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, segundo peso ao nascer, SMS Goiânia, 2014 A 2024*.

Peso ao Nascer em gramas	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
0g a 999g	162	169	164	160	143	150	121	137	158	137	188
1000g a 1499g	181	164	178	158	163	150	154	173	165	159	142
1500g a 2499g	1.811	1.675	1.542	1.620	1.694	1.587	1.520	1.529	1.602	1.606	1632
2500g a 2999g	5.985	5.900	5.318	5.455	5.396	5.161	4.826	4.766	4.980	4.966	4774
3000g a 3999g	14.017	14.153	13.179	13.319	13.346	12.788	12.014	11.479	11.218	11.351	10716
4000g e mais	814	805	743	706	711	729	686	614	562	531	487
ignorado	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	0
Total	22.971	22.866	21.125	21.418	21.453	20.565	19.322	18.698	18.685	18.750	17.939

Fonte: SINASC, 2025. *Dados preliminares.

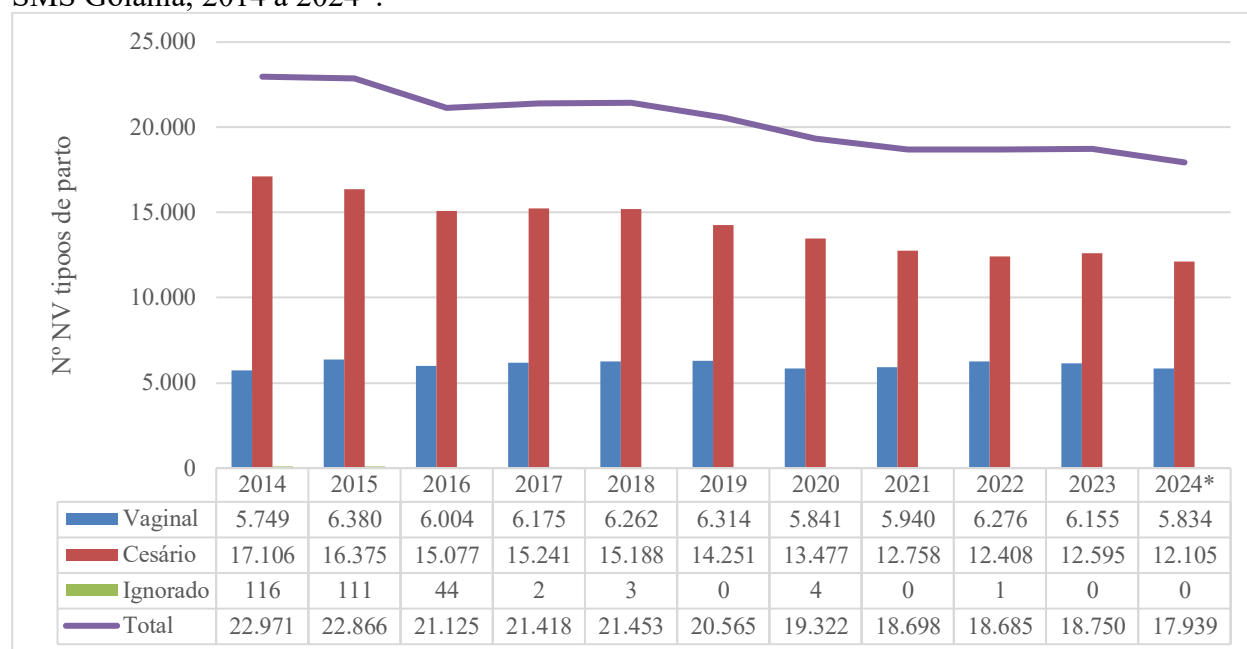
A análise temporal demonstra redução progressiva do número total de nascimentos em Goiânia, com queda de 22.971 em 2014 para 17.939 em 2024 – dados preliminares (redução de 21,9%). Essa tendência acompanha o declínio da fecundidade observado em âmbito nacional e tem implicações diretas no planejamento da rede materno-infantil do município.

De modo geral, o perfil de peso ao nascer em Goiânia indica predomínio de nascimentos em faixas de peso adequadas (2.500 a 3.999 g) e estabilidade no baixo peso ao nascer, o que sugere consistência nas ações de atenção pré-natal. Contudo, a persistência de valores próximos a 10% para baixo peso reforça a necessidade de ações intersetoriais voltadas à nutrição materna, redução do tabagismo e controle de doenças hipertensivas e metabólicas na gestação.

O total de partos diminuiu de 22.971 em 2014 para 17.939 em 2024*, representando uma queda significativa no número global de partos ao longo da década. Partos Vaginais: Os partos vaginais apresentaram um aumento moderado nos primeiros anos, atingindo um pico em 2019 (6.314). Contudo, observou-se uma leve tendência de queda entre 2020 e 2024, com 5.834 partos vaginais registrados em 2024 (dados preliminares). Partos Cesáreos: O número de partos cesáreos tem mostrado uma redução constante, caindo de 17.106 em 2014 para 12.105 em 2024*. Isso reflete uma diminuição de aproximadamente 29,2% no número de cesarianas.

O número de partos ignorados foi relativamente baixo e variou ao longo dos anos, com a maioria dos anos apresentando valores negligenciáveis, o que sugere uma melhoria no registro dos dados. (GRÁFICO 16)

Gráfico 16 – Número de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, segundo tipo de parto, SMS Goiânia, 2014 a 2024*.



Fonte: SINASC, 2025. *Dados preliminares.

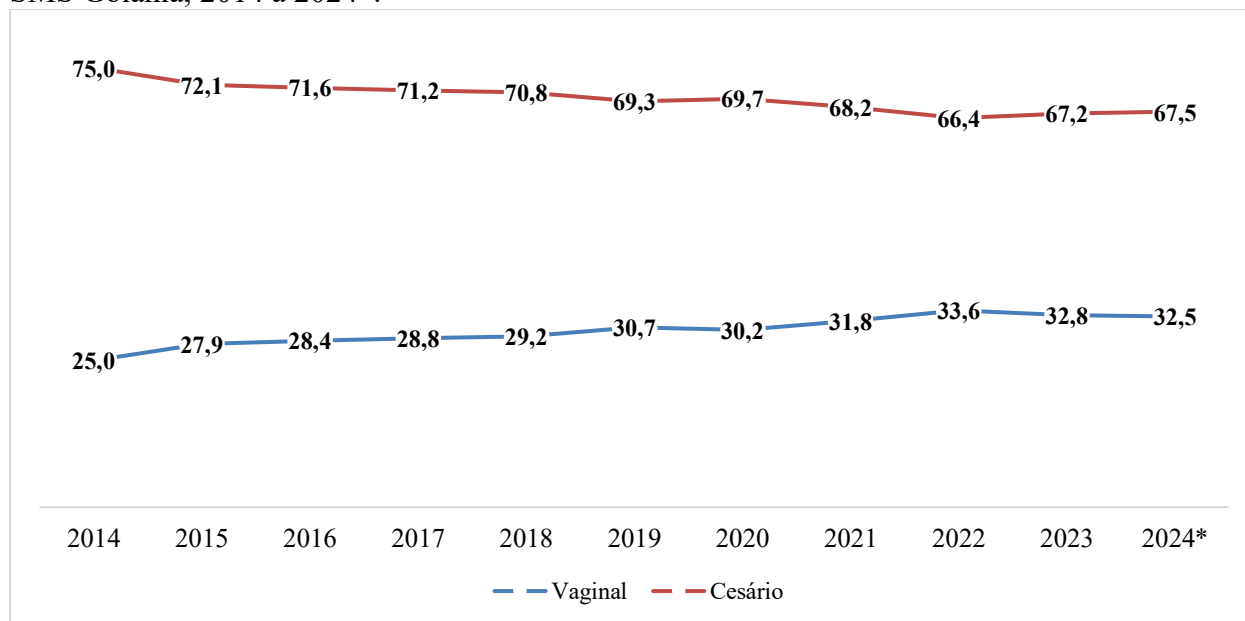
Houve leve aumento dos partos vaginais e correspondente redução dos cesáreos, mas a cesariana ainda é predominante (GRÁFICO 17).

Proporção de Partos Vaginais e Cesáreos: Em 2014, a proporção de partos vaginais e cesáreos era de 25% e 75%, respectivamente. Gradualmente, a proporção de partos vaginais aumentou ao longo dos anos, alcançando 32,5% em 2024 (dados preliminares), enquanto a proporção de cesáreos caiu para 67,5%. Essa mudança pode indicar uma maior aceitação de partos vaginais, com possível impacto das políticas de saúde pública promovendo partos naturais:

- 2014 a 2016: o aumento dos partos vaginais (25,0% para 28,4%) e a inversão gradual na taxa de cesárea (75,0% para 71,6%) poderia indicar uma fase de conscientização inicial e suporte para a mudança nas práticas obstétricas?
- 2017 a 2019: continuação do aumento do parto vaginal, com um leve declínio em 2020 (30,2% para 30,7%), que poderia estar relacionado a questões como a pandemia de COVID-19, que pode ter impactado as preferências e os métodos de parto.
- 2020 a 2021: a proporção de cesárea continuou a diminuir, atingindo 68,2% em 2021, enquanto as de parto vaginal aumentaram significativamente para 31,8%, indicando um potencial eficácia das ações de saúde pública implementadas durante esse período ou outros motivos associados que precisam ser analisados.

- d) 2022 a 2024 (dados preliminares): - Um leve aumento na proporção de cesáreas em 2024 (67,5%) merece atenção. Isto pode indicar vários fatores, incluídos a influência de novas políticas de saúde, mudanças na percepção das mães sobre o parto, ou mesmo complicações em algumas gestações que levaram a recrudescimento da cesariana.

Gráfico 17 – Percentual de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, segundo tipo de parto, SMS Goiânia, 2014 a 2024*.



Fonte: SINASC, 2025. *Dados preliminares.

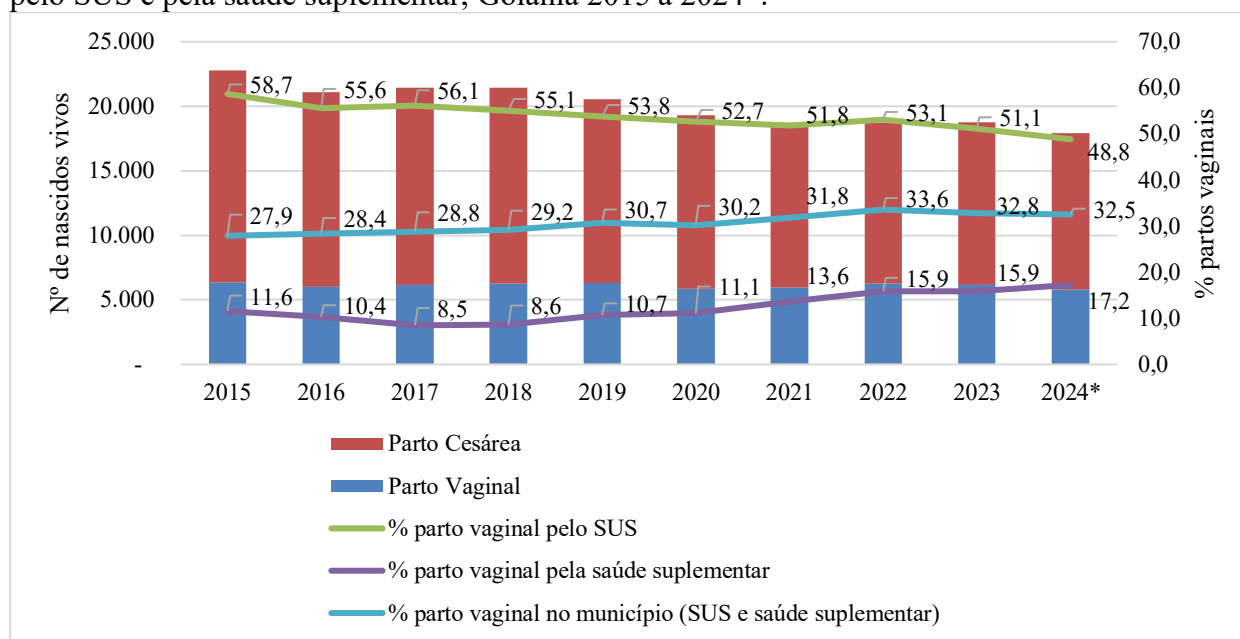
Diversos esforços têm sido realizados para aumentar a proporção de partos normais, com meta de alcançar entre 85% e 90%, conforme recomendações internacionais. Entretanto, o país e Goiânia apresentam altas taxas de cesarianas do mundo — cerca de 55% dos partos —, muito acima do limite ideal de 10% a 15% definido pela Organização Mundial da Saúde. Essa realidade reflete uma “epidemia” de nascimentos cirúrgicos, impulsionada por fatores socioeconômicos, culturais e organizacionais.

Enquanto na rede privada as cesarianas correspondem a aproximadamente 80% ou mais dos nascimentos, no SUS esse percentual é de cerca de 30% e em Goiânia, nos últimos anos tem sido superior a 50%, exceto em 2024, mas ainda são dados preliminares. Entre os fatores que influenciam a escolha da cesariana estão o medo da dor, a conveniência do agendamento, a preservação estética e crenças equivocadas sobre riscos do parto vaginal. No entanto, estudos demonstram que o parto cirúrgico está associado a maior risco de morte materna, complicações infecciosas e necessidade de internação neonatal em UTI.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, alinhadas às diretrizes da OMS, tem incentivado ações de humanização do parto e fortalecimento das boas práticas obstétricas. A ampliação do acesso à informação e a conscientização das mulheres sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto são essenciais para reduzir cesarianas desnecessárias, promover a naturalização e a humanização do nascimento e contribuir para a redução da mortalidade materna e neonatal no país.

Os partos via vaginal no SUS tiveram declínio, passando de 58,7% para 48,8% (dados preliminares) e os da saúde suplementar mostraram aumento de 11,6% para 17,2%. Este indicador é avaliativo da atenção ao pré-natal e ao parto e um percentual baixo pode significar falta na qualidade e humanização e indicações inadequadas de parto cesáreo, contribuindo para a interrupção precoce da gestação e aumento de prematuridade (GRÁFICO 18).

Gráfico 18 – Total de Nascidos Vivos por tipo de parto e percentual de partos vaginais realizados pelo SUS e pela saúde suplementar, Goiânia 2015 a 2024*.



Fonte: SINASC, 2025. *Dados preliminares. Excluídos ignorados.

A avaliação da proporção de partos cesáreos segundo os Grupos de Robson permite identificar padrões de prática obstétrica, comparar tendências entre grupos homogêneos de gestantes e orientar intervenções para redução de cesarianas desnecessárias. Em Goiânia, a análise histórica de 2015 a 2024* (dados preliminares) evidencia um perfil de cesarização sistematicamente elevado, com diferenças importantes entre grupos.

Os dados mostram (GRÁFICO 18) que os grupos que mais contribuem para a elevada proporção de cesarianas são, de forma consistente:

- i. Grupo 5 (múltiparas com cesariana prévia): maior proporção absoluta e principal responsável pelo volume total de cesáreas no município.
- ii. Grupos 1 a 3 (nulíparas e múltiparas com gestação única cefálica a termo): ainda apresentam taxas altas, indicando uso ampliado de cesárea mesmo entre gestantes de baixo risco.
- iii. Grupo 10 (gestação pré-termo): mantém proporções relevantes, sugerindo influência do risco clínico e das práticas assistenciais.

Em contraste, os grupos de apresentações não cefálicas e gestação múltipla (6, 7, 8 e 9) apresentam proporções menores, compatíveis com sua baixa representatividade populacional, embora com taxas de cesárea que seguem a tendência nacional.

Segue análise por Grupo de Robson:

- i) Grupo 1 – Nulíparas, feto único cefálico, gestação a termo, trabalho de parto espontâneo
 - (1) Proporção de cesáreas entre 14% e 25%, com discreta redução após 2019.
 - (2) Espera-se para esse grupo taxas baixas (<10–15%).
 - (3) Goiânia apresenta nível acima do recomendado, indicando possíveis falhas: manejo inadequado do trabalho de parto; baixa adesão a boas práticas de parto humanizado; preferência institucional ou materna por cesariana.
- ii) Grupo 2 – Nulíparas, indução ou cesárea antes do trabalho de parto
 - (1) Variações entre 7–18%, com tendência de aumento nos últimos anos.
 - (2) Taxas elevadas sugerem incremento de cesáreas eletivas; induções mal sucedidas; baixa oferta de métodos para amadurecimento cervical.
- iii) Grupo 3 – Múltiparas sem cesariana prévia, feto único cefálico a termo
 - (1) Proporção entre 8–16%.
 - (2) Ainda há espaço para redução, pois este grupo tipicamente apresenta os menores riscos para cesariana.
- iv) Grupo 4 – Múltiparas com indução ou cesariana antes do trabalho de parto
 - (1) Proporção entre 3–8%.
 - (2) Valor esperado é baixo; os achados indicam número estável, porém ainda acima do ideal em alguns anos.
- v) Grupo 5 – Múltiparas com cesariana anterior, feto único cefálico a termo
 - (1) É o grupo mais crítico do município.
 - (2) Proporção entre 16% e 29%, com pico em 2019.
 - (3) Este grupo é historicamente o maior contribuinte absoluto de cesáreas.

- (4) Em Goiânia, a elevada taxa sugere: baixa oferta de parto vaginal após cesárea; forte cultura intervencionista; sobrecarga das cesarianas primárias dos grupos 1 e 2. Este é o principal grupo para intervenção na redução global de cesarianas.
- vi) Grupo 6 – Nulíparas com apresentação pélvica
- (1) Proporções estáveis entre 1,2% e 1,7%.
 - (2) Valores alinhados com a baixa prevalência do grupo, porém indicam alta cesarização — como esperado em nível mundial.
- vii) Grupo 7 – Multíparas pélvicas
- (1) Entre 1,9% e 2,7%.
 - (2) Coerente com as práticas obstétricas, que priorizam cesariana nesses casos.
- viii) Grupo 8 – Gestação múltipla
- (1) Entre 2,4% e 2,7% ao longo da série.
 - (2) Níveis estáveis e compatíveis com a complexidade do grupo.
- ix) Grupo 9 – Apresentação transversa ou oblíqua
- (1) Sempre inferior a 0,3%.
 - (2) É o grupo com maior taxa de cesárea recomendada (>95%).
 - (3) Os valores observados condizem com o esperado.
- x) Grupo 10 – Gestação pré-termo, cefálica
- (1) Valores entre 6% e 10%.
 - (2) Altos para partos pré-termo, podendo refletir: indicações clínicas reais (sofrimento fetal, RPM prolongada, pré-eclâmpsia grave); práticas intervencionistas mesmo quando o parto vaginal seria possível.
- xi) Categoria Branco/Ignorado
- (1) Percentuais variáveis ano a ano.
 - (2) O aumento em 2017 (24,1%) e 2018 (11,7%) indica possível falha no preenchimento da variável — importante para qualidade do monitoramento.
- xii) Alguns grupos (1, 2 e 3) apresentam queda moderada entre 2020 e 2023, possivelmente associada a: implementação de práticas de parto menos intervencionistas; expansão dos serviços de atenção humanizada em maternidades; efeitos da pandemia sobre o padrão assistencial.
- xiii) Persistência de altas taxas no Grupo 5
- xiv) Mesmo com oscilações, o grupo de cesariana prévia mantém valores altos e estáveis — reforçando sua centralidade na estrutura da cesarização em Goiânia.
- xv) Baixa variabilidade nos grupos de apresentações não cefálicas e gestações múltiplas

- xvi) Indica estabilidade do perfil obstétrico e das indicações clínicas.
- xvii) Sugere-se priorizar ações nos Grupos 1 e 2 para reduzir cesarianas primárias: analgesia de parto; indução baseada em critérios clínicos claros; monitoramento da episiotomia e tempo de internação; protocolos atualizados de boas práticas.
- xviii) Fortalecer a implementação do Parto Vaginal Após Cesárea para o Grupo 5: capacitação das equipes; elaboração de diretrizes municipais padronizadas; auditoria de indicações de cesariana anterior.
- xix) Aprimorar a qualidade da informação, especialmente nos grupos agregados e na categoria ignorado.
- xx) Implantar monitoramento regular usando Robson em maternidades do SUS e conveniadas.

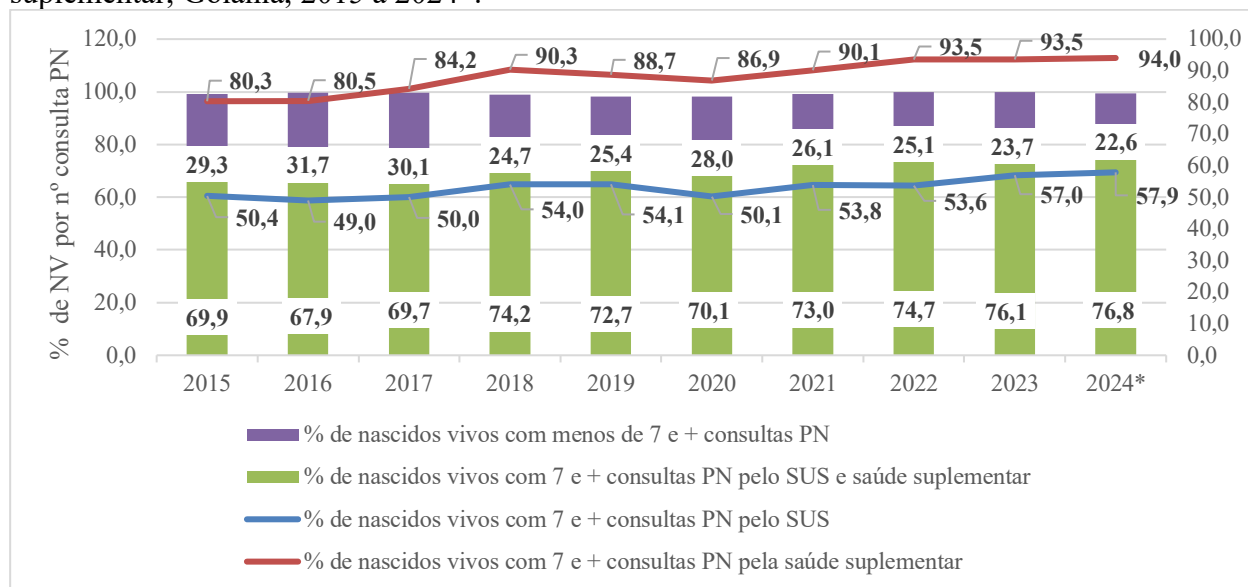
A análise dos nascidos vivos de Goiânia segundo os Grupos de Robson revela um padrão persistente de altas proporções de cesariana, especialmente entre nulíparas e múltiparas com cesariana prévia. O Grupo 5 permanece como epicentro da cesarização, enquanto os grupos de baixo risco (1 e 3) continuam acima dos parâmetros recomendados internacionalmente.

Os achados reforçam a necessidade de políticas integradas de humanização do parto, qualificação das equipes, ampliação do Parto Vaginal Após Cesárea e monitoramento sistemático do modelo de Robson, contribuindo para a redução de cesarianas desnecessárias e para a melhoria dos desfechos maternos e neonatais.

No período de 2015 a 2024* (dados preliminares), a cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal variou em torno de 67,9% a 76,8% no total de nascidos vivos. Ao longo do período este indicador apresentou tendência de elevação, porém, o percentual de cobertura é maior na saúde suplementar. Este é um indicador que tem mantido com bons resultados, refletindo a vinculação da gestante ao pré-natal resultando em prevenção de agravos na gestação, parto e puerpério, mas chama atenção para menor cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal pelo SUS (GRÁFICO 19).

A proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal pelo SUS aumentou de 50,4% em 2015 para 57,9% em 2024, representando um crescimento relativo de aproximadamente 15%. Esse resultado demonstra progresso gradual na adesão às boas práticas de acompanhamento gestacional, reforçando o impacto das políticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da ampliação do acesso aos serviços de pré-natal na rede pública, mas aquém da quantidade de consultas na rede suplementar.

Gráfico 19 - Nascidos Vivos com 7 ou + consultas de pré-natal realizados pelo SUS e pela saúde suplementar, Goiânia, 2015 a 2024*.



Fonte: SINASC, 2025. *Dados preliminares. Excluídos ignorados.

Na saúde suplementar, o percentual de nascidos vivos com sete ou mais consultas manteve-se consistentemente elevado durante todo o período, variando de 80,3% em 2015 para 94,0% em 2024 (dados preliminares). Essa estabilidade em patamar alto reflete maior disponibilidade de recursos e facilidade de acesso aos serviços privados, embora também denote uma consolidação do cumprimento das recomendações assistenciais.

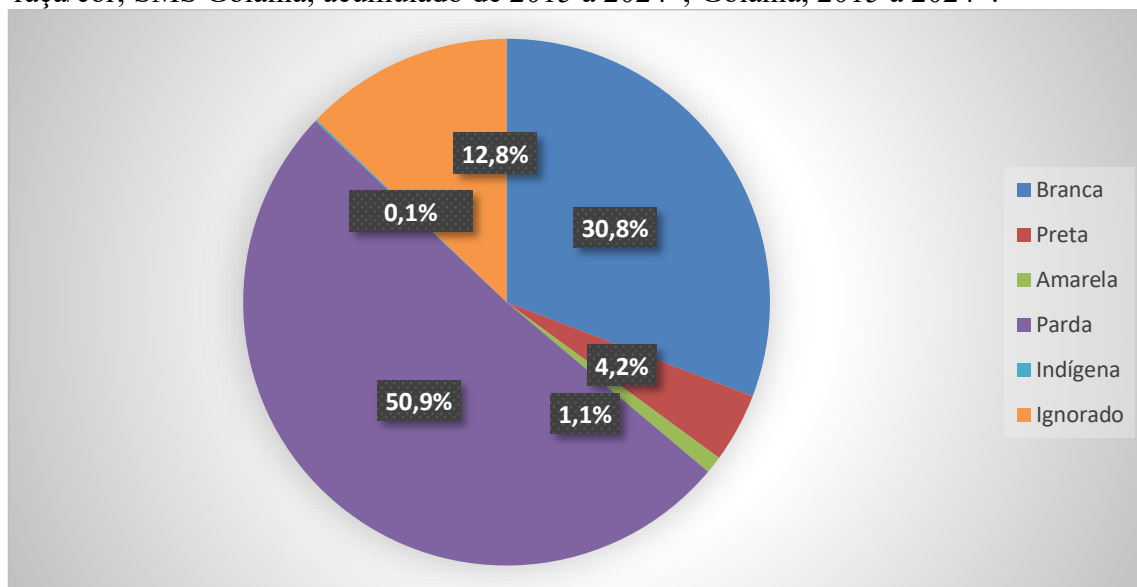
Considerando o conjunto do município (SUS e saúde suplementar), a cobertura adequada do pré-natal passou de 69,9% em 2015 para 76,8% em 2024, configurando uma tendência positiva e contínua. Paralelamente, o percentual de nascidos vivos com menos de sete consultas de pré-natal apresentou declínio constante, de 29,3% em 2015 para 22,6% em 2024, evidenciando avanço na qualificação da atenção pré-natal e redução de iniquidades no acesso ao acompanhamento gestacional.

Em síntese, observa-se evolução favorável dos indicadores de pré-natal no município, com melhoria expressiva no desempenho do SUS e manutenção de alta cobertura na saúde suplementar. Esses resultados sugerem efetividade das políticas públicas de ampliação do acesso, monitoramento e humanização da assistência pré-natal, impactando positivamente a saúde materna e neonatal, mas ainda chama atenção para o desafio de aumentar este acesso pelo SUS.

A distribuição dos nascidos vivos segundo raça/cor das mães residentes em Goiânia, no período acumulado de 2015 a 2024, evidencia a predominância de nascimentos entre mulheres pardas (50,9%), seguidas pelas de raça/cor branca (30,8%). Esses dois grupos concentram mais de

80% dos nascidos vivos do período, refletindo o perfil demográfico e racial característico da população goianiense (GRÁFICO 20).

Gráfico 20 - Percentual de Nascidos Vivos de mães residentes em Goiânia, segundo raça/cor, SMS Goiânia, acumulado de 2015 a 2024*, Goiânia, 2015 a 2024*.



Fonte: SINASC, 2025. *Dados preliminares.

O percentual considerável de nascimentos com informações de raça/cores ignoradas (12,8%) é antes de tudo, um indicador de falha na coleta de dados. A ausência desta informação é importante pois pode ocultar disparidades raciais reais existentes e gerar limitações nas análises. A falta de registros adequados pode dificultar a formulação de políticas de saúde efetivas e específicas para atender às necessidades dessas populações.

2.2. PERFIL DE MORBIDADE

O perfil de morbidade da população goianiense vem sendo caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência das doenças transmissíveis que poderiam ter sido eliminadas bem como pela alta carga de acidentes e violências e, consequentemente, com reflexo nas taxas de mortalidade. oportunamente, destaca-se que a covid-19 se apresentou impondo um cenário de crise em nosso município, no brasil e no mundo em 2020 e segue em 2021 com exposição de diferentes pontos de desafio para a gestão de várias instituições.

Morbidade refere-se ao conjunto de indivíduos, dentro da mesma população, que adquirem doenças (ou uma doença específica) num dado intervalo de tempo. A morbidade serve para mostrar o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população.

2.2.1. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

As doenças transmissíveis ainda causam um grande impacto nos dados de morbidade de Goiânia, com destaque para aquelas que têm associações com as condições sanitárias, econômicas, ambientais e sociais.

No âmbito das doenças de transmissão vetorial, estas são responsáveis pela elevada morbimortalidade e sobrecarga nos sistemas de saúde o que evidencia a importância do fortalecimento de estratégias que colaborem com a integração entre as vigilâncias e rede assistencial, imprescindível para desenvolvimento de ações articuladas e coordenadas direcionadas à prevenção e controle dos agravos relacionados à transmissão vetorial. Destaca-se a importância da atenção básica/ primária em saúde, tendo em vista o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e controle da doença, pelas equipes de saúde da família, agentes de saúde e os agentes de endemias, no território que atuam e nas propostas de ações contidas neste Plano, isso fica bem evidenciado.

A dengue é a mais importante arbovirose que afeta o homem. O aumento das notificações por dengue contribui para a sobrecarga dos sistemas de saúde pública subtraindo recursos públicos que poderiam ser empregados no combate à pobreza e à melhoria da distribuição de renda da população. Embora a dengue seja uma doença veiculada por vetores, observa-se que populações residentes em áreas com diferentes padrões urbanísticos, econômicos e demográficos são impactadas diferenciadamente por essa arboviroses.

Em Goiânia, os anos de 2015, 2016, 2022 e 2014 (dados preliminares) foram os que mais notificaram número de casos de dengue. Em 2024 (dados preliminares) foram notificados 63.681 casos suspeitos de dengue, dos quais 57.743 eram prováveis.

O número de casos confirmados de dengue aumentou 132,9% se comparado o período de 2015 com 2024, passando de 21.524 para 50.123. Houve redução em 2020 e 2021, mas precisamos de cautela considerando a COVID-19 (TABELA 8).

Observa-se neste período, um aumento de 184,6% no número de casos prováveis de dengue se comparado ao mesmo período de 2023, quando foram registrados 20.286 casos prováveis da doença em Goiânia, conforme apresentado na tabela 8 abaixo registrada. Os casos prováveis são

todos aqueles que foram notificados, excetuando os descartados. O coeficiente de incidência foi de 2.049,5 casos por 100 mil habitantes.

Tabela 8 - Demonstrativo da situação epidemiológica de dengue, Goiânia, 2015 a 2024*

Ano	Casos Notificados	Casos confirmados	Casos Prováveis**	Taxa de incidência (x 100.000 hab.) ***	Total de casos Graves	Proporção de Casos Graves****	Aumento ou redução de Casos Prováveis em relação ao ano anterior
2024*	63.681	50.123	57.743	2.049,5	111	0,2	184,6
2023	23.685	19.999	20.286	1.411,5	29	0,1	-63,2
2022	60.454	45.349	55.166	3.838,0	114	0,3	365,3
2021	14.280	10.073	11.889	3.589,9	12	0,1	-9,5
2020	16.241	10.028	13.135	784,2	10	0,1	-60,7
2019	35.512	24.540	33.405	878,2	79	0,3	10,7
2018	33.327	15.223	30.189	2.284,1	81	0,5	-4,9
2017	34.269	13.353	31.734	2.090,0	59	0,4	-46,1
2016	61.288	13.161	58.910	2.218,1	82	0,6	-24,0
2015	80.523	21.524	77.482	4.117,6	196	0,9	193,8

Fonte: Fonte: Sinan online/SMS – Goiânia. *Dados sujeitos a alterações. **Casos prováveis: exceto os casos descartados. ***Taxa de incidência: nº de casos prováveis por 100.000 habitantes. ****Proporção de casos graves: nº de casos graves/casos confirmados por 100 casos.

Em de 2024 foram confirmados 1.505 casos de dengue com sinais de alarme e 111 de dengue grave, o que representa aumento de 184% em relação ao mesmo período do ano anterior, quando foram notificados 530 casos de dengue com sinais de alarme e 29 de dengue grave (TABELA 9).

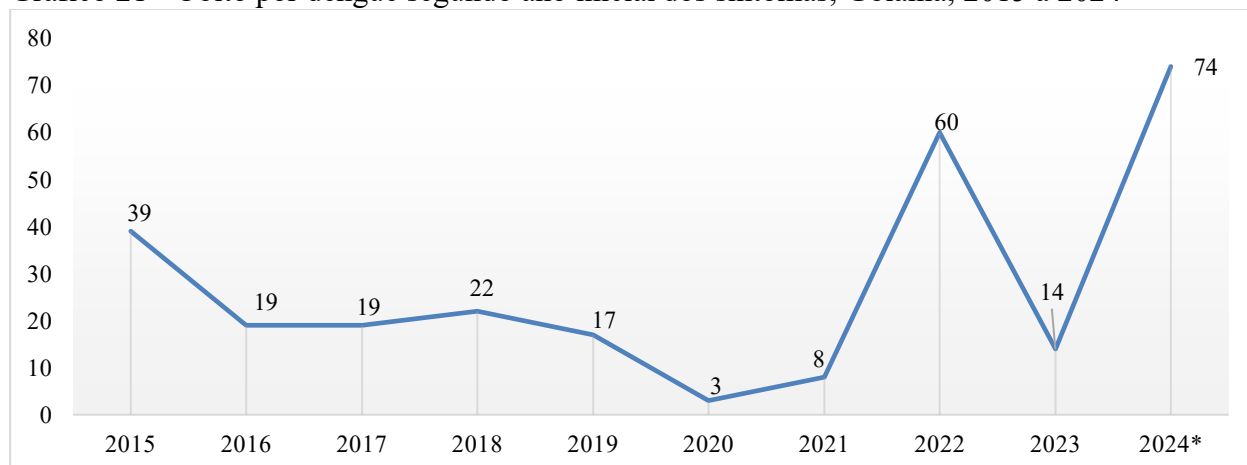
Tabela 9 - Classificação dos casos de dengue, por ano de início dos sintomas, Goiânia, 2015 a 2024*.

Ano	Dengue	Dengue com Sinais de Alarme	Dengue Grave	Óbito em Investigação	Óbitos por Dengue	TX de letalidade**
2024*	48.856	1.505	111	4	74	66,7
2023	19.440	530	29	0	14	48,3
2022	43.358	1.877	114	0	60	52,6
2021	9.793	268	12	0	8	66,7
2020	9.798	220	10	0	3	30,0
2019	23.197	1.264	81	0	17	21,0
2018	13.589	1.553	77	0	22	28,6
2017	12.187	1.107	58	0	21	32,8
2016	11.266	1.813	82	0	19	23,2
2015	18.579	2.749	196	0	39	19,9

Fonte: Sinan online/SMS – Goiânia. * Dados preliminares, sujeitos a alterações. **Taxa de letalidade: nº óbitos/dengue grave x 100.

O maior pico de mortes por dengue no município ocorreu em 2024, com 79 mortes (GRÁFICO 21), ainda com 4 óbitos em investigação que será avaliado pelo Comitê de Investigação de Óbitos de Goiânia.

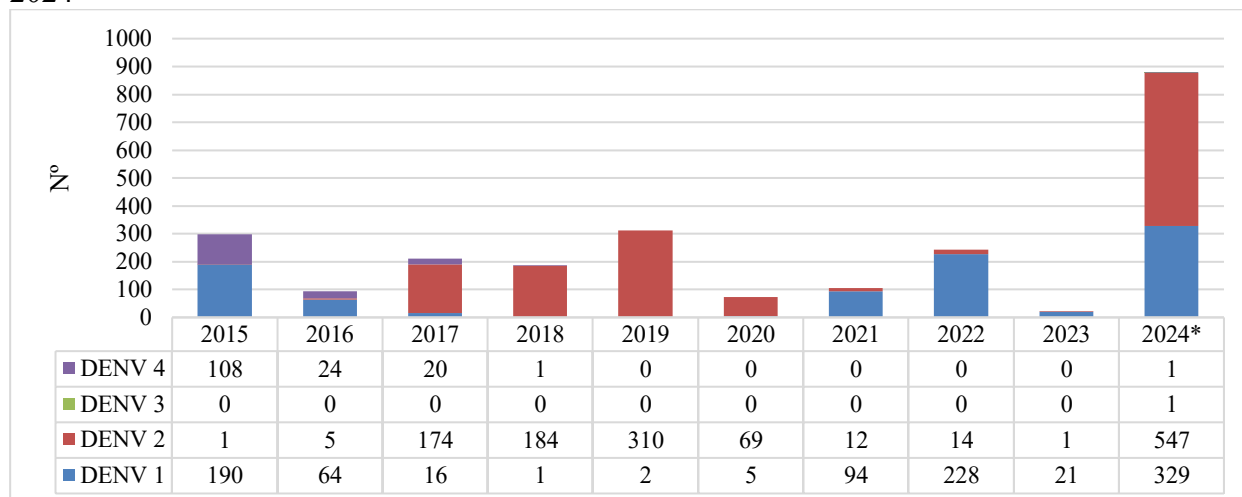
Gráfico 21 - Óbito por dengue segundo ano inicial dos sintomas, Goiânia, 2015 a 2024*



Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *Dados preliminares.

Em relação aos sorotipos do vírus da dengue, de 2015 a 2024 o DENV – 2 foi o mais prevalente, no acumulado. Em seguida o DEN – 1. Em 2024, os quatro sorotipos do vírus da dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 E DENV-4) foram identificados em Goiânia, sendo que o DEN-3 foi importado (GRÁFICO 22), mas são necessárias mais investigações para conhecer a real circulação de todos estes sorotipos, até para se antecipar a casos mais graves e mais abrangentes.

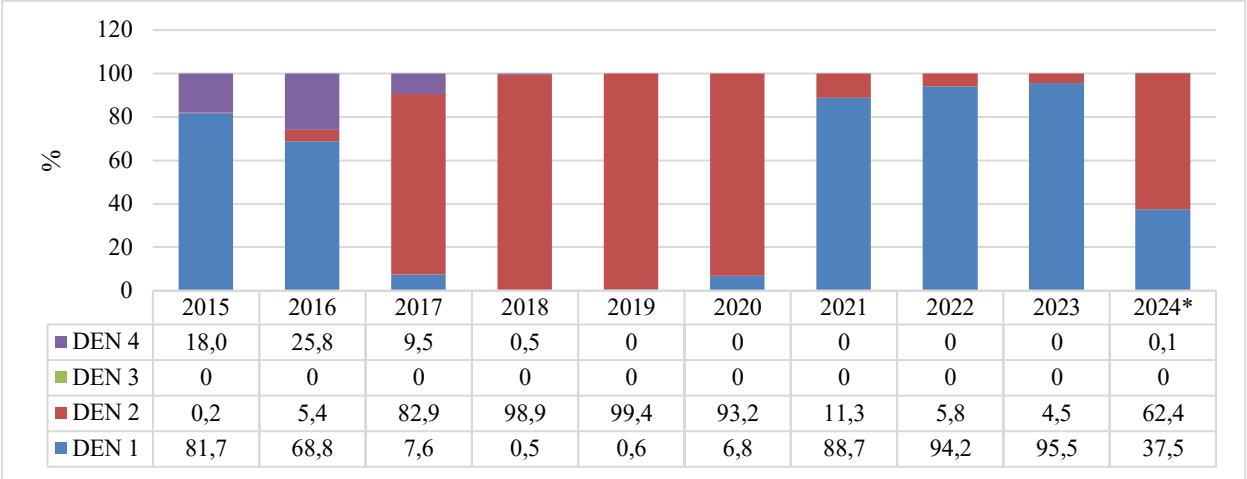
Gráfico 22 - Frequência por sorotipo dengue segundo ano inicial dos sintomas, Goiânia, 2015 a 2024*



Fonte: SINAN online/SMS – Goiânia. * Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Em 2024, 62,4% eram DEN-2 e 37,5% DEN-1 (GRÁFICO 23). Destaca-se que a infecção por um sorotipo não protege contra os outros, o que significa que uma pessoa pode ter a doença várias vezes.

Gráfico 23 - Percentual por sorotipo dengue segundo ano inicial dos sintomas. Goiânia, 2015 a 2024*



Fonte: SINAN online/SMS – Goiânia. * Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Houve um aumento da proporção de DENV-3 no Brasil desde o final de 2024, um sorotipo que não circulava amplamente há muitos anos, o que gera preocupação devido ao grande número de pessoas suscetíveis e em Goiânia foi identificado 1 caso importado, mas precisa ter cautela, pois necessita aumentar a abrangência de sua detecção através de exames específicos.

A taxa de incidência de dengue é a taxa de novos casos confirmados em relação à população, geralmente expressa como casos por 100 mil habitantes.

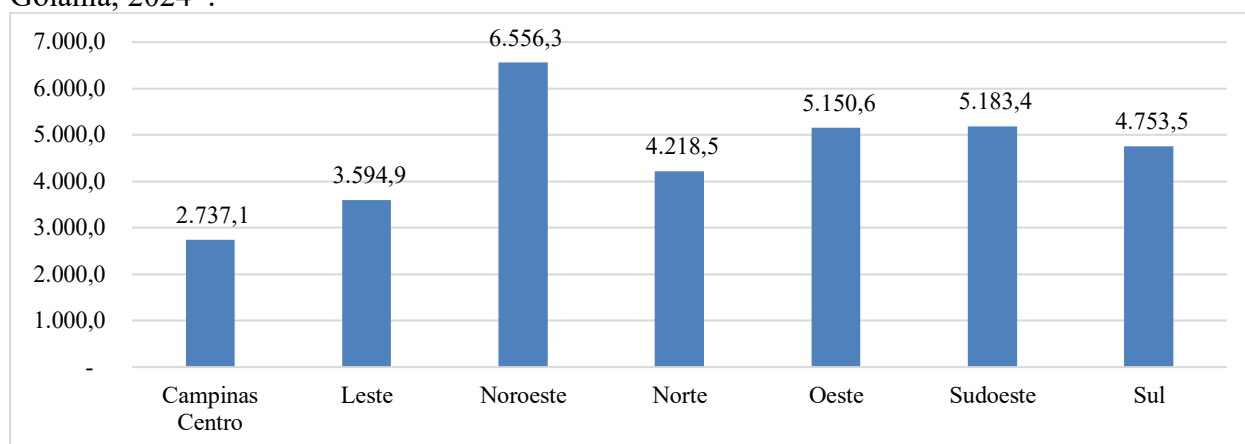
O Ministério da Saúde considera três níveis de incidência de dengue: baixa (menos de 100 casos/100 mil habitantes), média (de 100 a 300 casos/100 mil habitantes) e alta (mais de 300 casos/100 mil habitantes). A taxa de incidência é, portanto, um importante indicador de alerta e ajuda a orientar as ações de combate à dengue.

O aumento da morbimortalidade por dengue no Brasil e no mundo tem sido associado à urbanização, às mudanças climáticas e à maior mobilidade humana. Aspectos sociais, ambientais e econômicos favorecem a propagação do vetor, enquanto características do hospedeiro influenciam a gravidade da doença.

Investimentos em determinantes sociais e novas tecnologias, como a vacina contra a dengue e o método Wolbachia, podem impactar positivamente a incidência da dengue (Zimmermann IR et al, 2024, Khan MB et al, 2023).

Em 2024 (dados preliminares) todos os Distritos Sanitários apresentaram incidência de casos de dengue elevadas, sendo o que a apresentou a menor foi o Campinas Centro (2.737,1) e o maior Noroeste (6.556,3) (GRÁFICO 24).

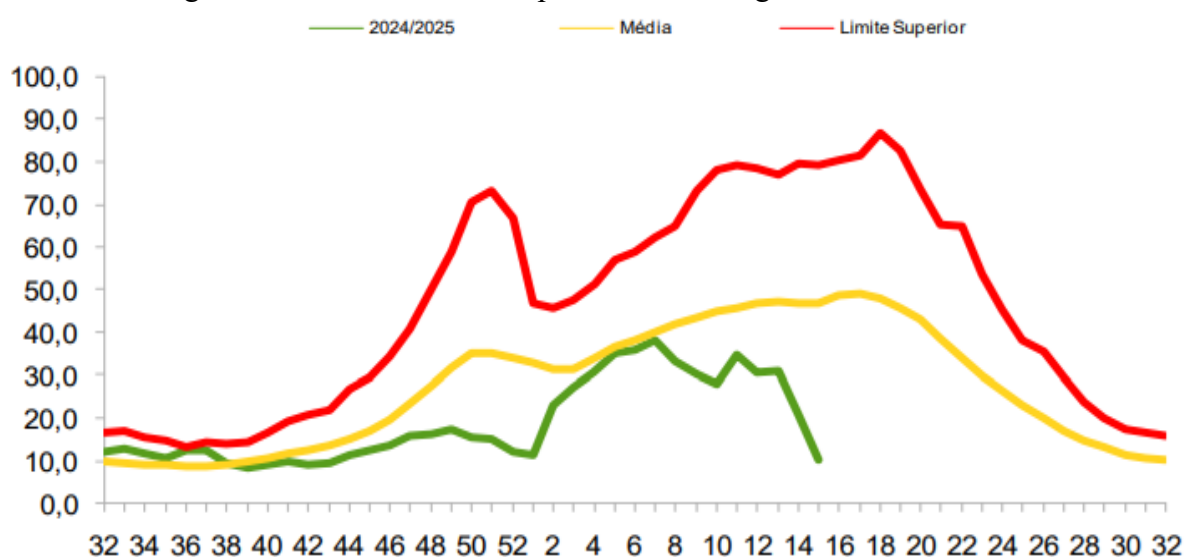
Gráfico 24 - Incidência (por 100.000) de casos prováveis de dengue, por distritos sanitários, Goiânia, 2024*.



Fonte: SINAN online/SMS – Goiânia. * Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Em relação à DENGUE, a incidência de casos está abaixo do limite superior desde a semana 32/2024, continuando essa mesma situação em 2025. De acordo com os níveis de resposta do Ministério da Saúde, Goiânia encontra-se no NÍVEL 2 - ALERTA (SITUAÇÃO 3), ou seja, 4 óbitos confirmados, porém, a incidência está abaixo do canal endêmico do diagrama de controle, com tendência de aumento da incidência de casos por dengue entre as SE 2 a 8 e 11. Neste período, recomenda-se a identificação precoce da circulação viral e a intensificação da eliminação dos criadouros potenciais nas regiões com circulação viral e bairros circunvizinhos, devido ao início das chuvas e aumento dos criadouros, a fim de evitarmos nova explosão de casos. Segue abaixo, os níveis de resposta/cenário e critérios para ativação de ações (GRÁFICO 25).

Gráfico 25 - Diagrama de controle de casos prováveis de dengue em Goiânia – 2024 e 2025*



Fonte: SINAN online/SMS – Goiânia. * Dados preliminares, sujeitos a alterações.

O número de casos de Chikungunya em Goiânia foi mais significativo em 222 (1.462) e 2024 (1.266). Neste período ocorreram 1 óbitos (3 em 2022 e 2023 e 5 em 2024) e as maiores taxas de incidência foram nestes mesmos anos (TABELA 10).

Tabela 10 - Demonstrativo da situação epidemiológica de Chikungunya em Goiânia, 2016 a 2024*.

Ano	Casos Notificados	Casos Confirmados	Óbitos confirmados	Taxa de letalidade	Taxa de Incidência/100 mil habitantes
2024*	1.266	1.086	5	0,5	38,5
2023	572	446	3	0,7	29,0
2022	1.462	1.239	3	0,2	80,7
2021	141	106	0	0	6,9
2020	16	0	0	0	0
2019	65	2	0	0	0,1
2018	67	1	0	0	0,1
2017	80	12	0	0	0,8
2016	51	12	0	0	0,8

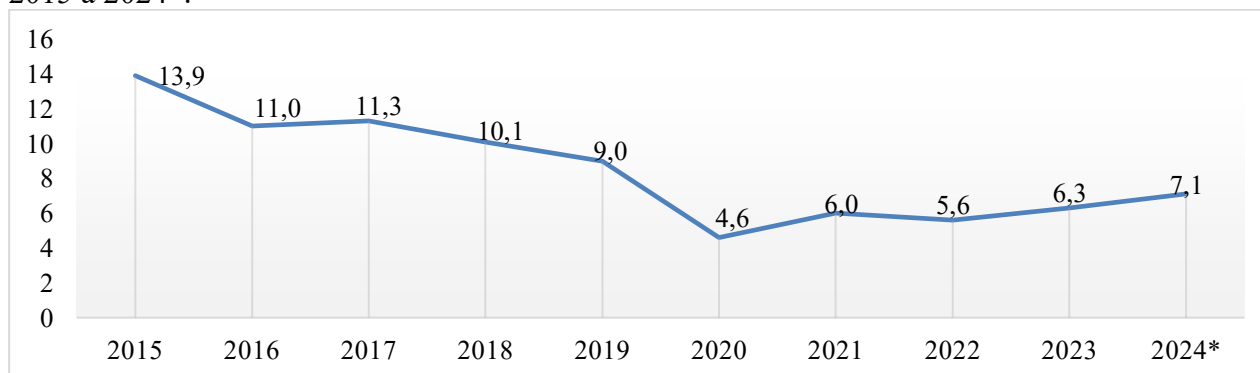
Fonte: Sinan online/SMS – Goiânia *Dados sujeitos a alterações. **Taxa de incidência: nº de casos por 100.000 habitantes.

A hanseníase possui grande importância para a saúde pública por se tratar de uma doença infectocontagiosa e crônica, de evolução lenta que atinge principalmente as pessoas em condições socioeconômicas precárias e com alto poder incapacitante, e, embora curável, seu diagnóstico causa grande impacto psicossocial, pelos preconceitos e estigmas que a envolvem. Se mantém no rol de doenças negligenciadas, por prevalecer em áreas de pobreza e contribuírem para a manutenção do quadro de desigualdades sociais.

Em Goiânia observa-se uma redução no coeficiente de detecção (por 100 mil habitantes) até 2020 e depois uma sinalização de crescimento.

Em 2015 a taxa de detecção foi de 13,9/100 mil habitantes e em 2024 7,1,7/100 mil habitantes, redução de 49% (GRÁFICO 26). Os parâmetros considerados são: hiper endêmico: >40,0/100 mil hab. Muito alto: 20,00 a 39,99/100 mil hab. Alto: 10,00 a 19,99/100 mil hab. Médio: 20,00 a 9,99/100 mil hab. e Baixo: <2,00/100 mil hab.

Gráfico 26 - Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes, Goiânia, 2015 a 2024*.



Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *Dados preliminares.

A hanseníase em menores de 15 anos possui grande relevância epidemiológica, pois sua ocorrência indica infecção recente e evidencia a manutenção da cadeia de transmissão entre seus contatos. Diante da gravidade do diagnóstico em crianças e das dificuldades inerentes à sua confirmação, recomenda-se que, sempre que possível, casos suspeitos nessa faixa etária sejam examinados por profissional qualificado e com experiência em hanseníase — sem que isso, contudo, retarde o reconhecimento e o manejo dos casos típicos (Brasil, 2022).

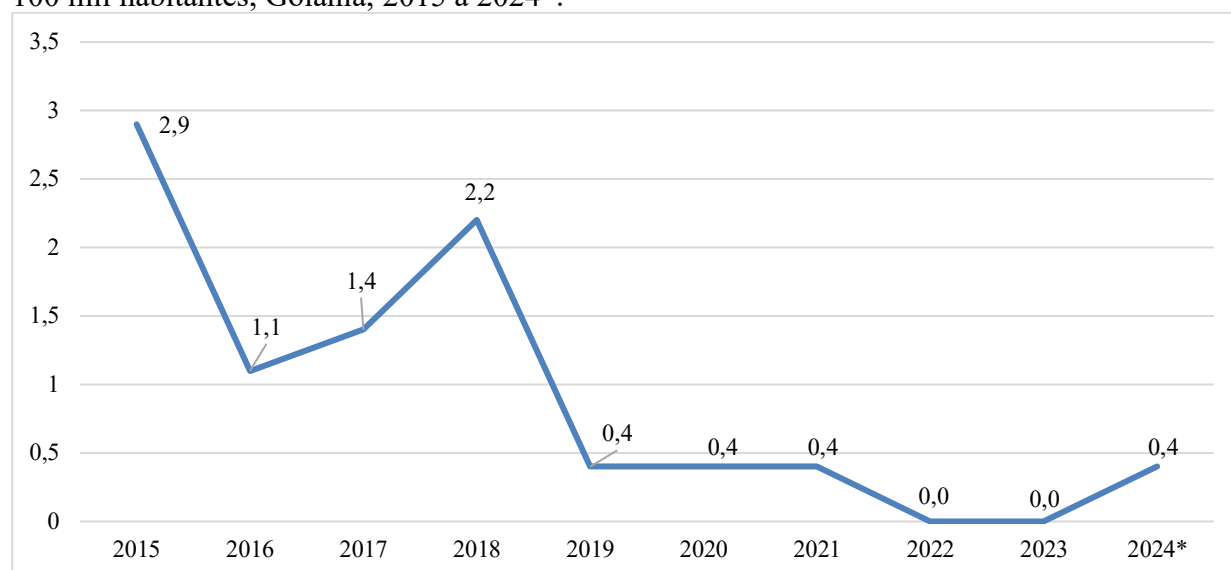
Para esse grupo, deve-se priorizar uma avaliação clínica minuciosa e a investigação do vínculo epidemiológico, por meio do exame cuidadoso dos contatos, em relação aos métodos laboratoriais (baciloscopia ou biópsia), que podem ser potencialmente traumáticos e são menos indicados devido ao predomínio de formas Paucibacilar nessa idade. Ainda assim, tais exames complementares são pertinentes quando houver dificuldade diagnóstica.

A realização da Avaliação Neurológica Simplificada e o acesso ao tratamento medicamentoso precoce são fundamentais para garantir a prevenção, favorecer a reabilitação e evitar o agravamento de incapacidades físicas.

Observou-se entre 2015 e 2024 uma redução na taxa de detecção nessa faixa etária em 2026 e 2017, volta a crescer em 2018 e, após, redução constante, com nenhuma detecção entre 2022 e 2023. Os parâmetros considerados são: Hiper endêmico: >10,0/100 mil hab. Muito alto: 5,00 a 9,99/100 mil hab. Alto: 2,5 a 4,99/100 mil hab. Médio: 0,50 a 2,49/100 mil hab. e Baixo: <0,50/100 mil hab. O parâmetro em 2015 foi considerado alto. De 2016 a 2018 médio e após, baixo (GRÁFICO 27).

O profissional de saúde que atua no cuidado à criança e ao adolescente precisa de um conhecimento adequado no manejo da doença voltado para esta faixa etária, desde o diagnóstico passando por todo o tratamento.

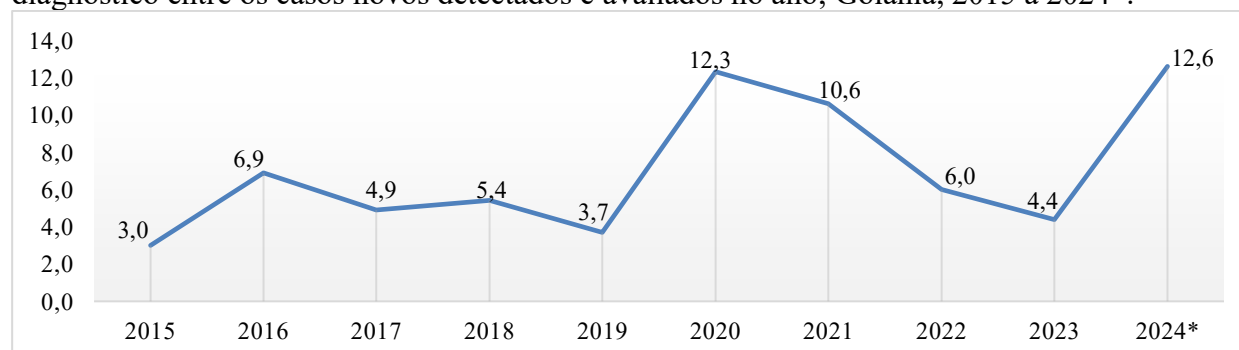
Gráfico 27 - Taxa de detecção anual dos casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, por 100 mil habitantes, Goiânia, 2015 a 2024*.



Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *Dados preliminares.

A proporção de indivíduos diagnosticados com grau 2 apresentou crescimento expressivo em 2020 (12,3%) 2021 (10,6%) e 2024 (12,6%), com muitas oscilações entre estes anos e considerando que o ano de 2020 foi diferenciado, considerando a COVID-19, apesar de servir de alerta para profissionais e gestores de saúde (GRÁFICO 28). Os parâmetros considerados são: Alto: $\geq 10\%$. Médio: 5 a 9,9% e Baixo: < 5 .

Gráfico 28 - Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano, Goiânia, 2015 a 2024*.



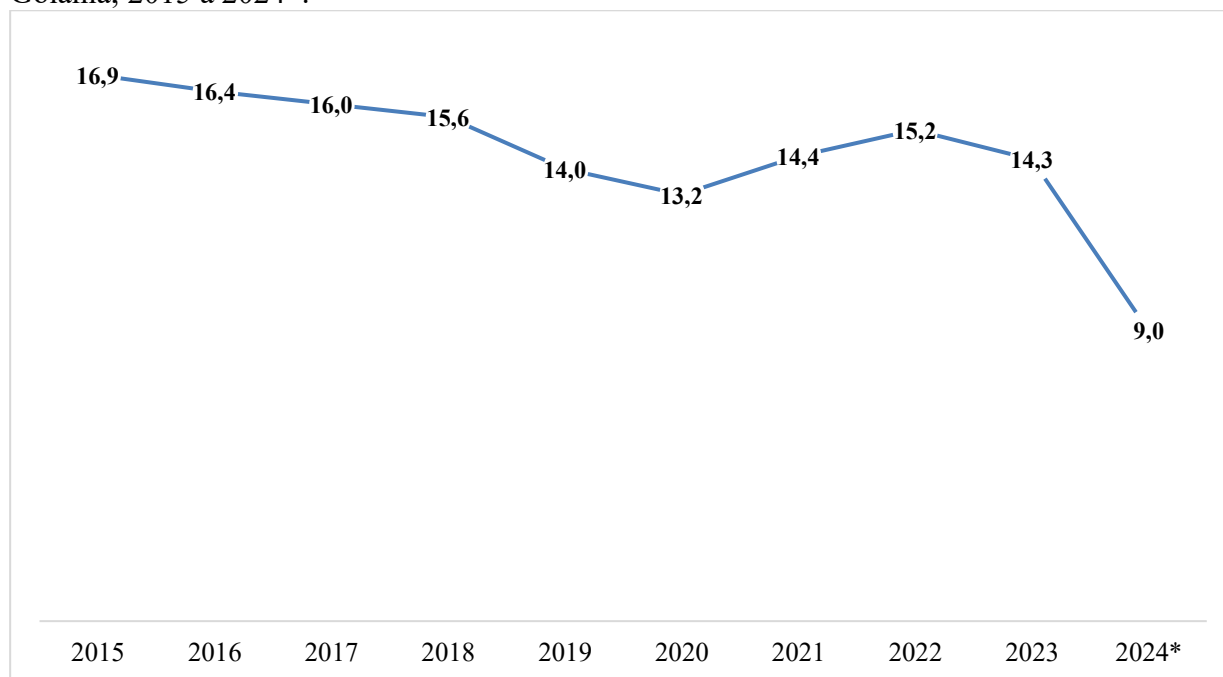
Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *Dados preliminares.

A tuberculose, ainda que seja uma doença prevenível, tratável e curável, permanece como um dos maiores desafios para a saúde pública mundial. De acordo com o Relatório Global de Tuberculose da Organização Mundial da Saúde de 2024, a doença pode ter retomado a posição de principal causa de morte por um único agente infeccioso no mundo, após três anos em que a covid-19 ocupou esse lugar (Brasil, 2023)

Como parte do esforço global para redução do coeficiente de incidência e mortalidade, o Ministério da Saúde elaborou o plano nacional que tem como meta acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no Brasil, atingindo o coeficiente de incidência de 10 casos por 100 mil habitantes até 2035.

Em Goiânia, de 2015 a 2024 observa-se uma redução de 94,7% do coeficiente de incidência de tuberculose, todas as formas e aumento em 2021 e 2022 (GRÁFICO 29).

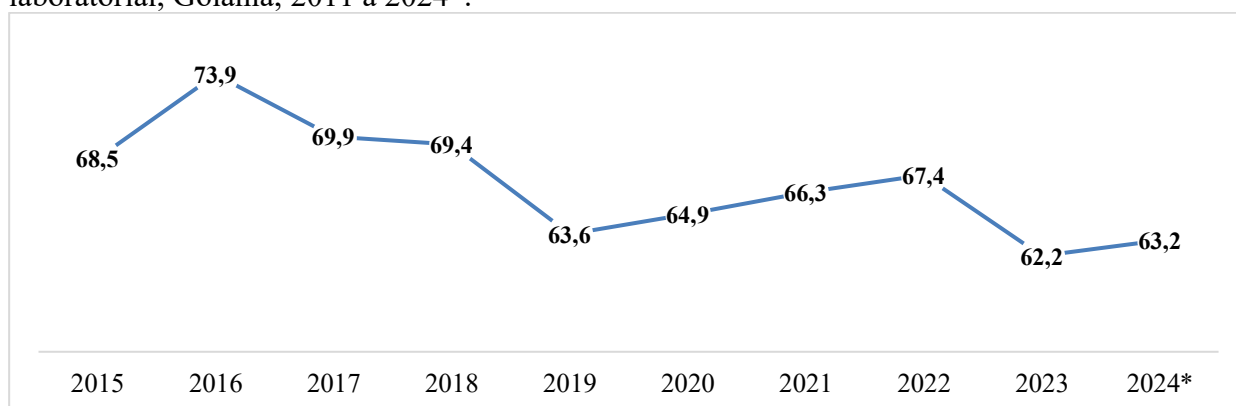
Gráfico 29 - Coeficiente de incidência de todas as formas de tuberculose, por 100 mil habitantes, Goiânia, 2015 a 2024*.



Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *Dados preliminares.

O percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar diagnosticada por critério laboratorial alcançou 63,2% em 2024, acima somente de 2023. Observa-se oscilações ao longo dos anos, com o maior percentual de cura em 2016 (GRÁFICO 30). Tal cenário favorece a manutenção da cadeia de transmissão, assim como o aumento das populações bacterianas resistentes à quimioterapia, reforçando a importância de medidas de vigilância, prevenção e controle, sendo a busca ativa de faltosos uma das principais estratégias de enfrentamento bem como a promoção da saúde. A Organização Mundial de Saúde recomenda a cura de pelo menos 85% dos casos novos da doença. Esse percentual possibilitaria a quebra da cadeia de transmissão da doença e, conseqüentemente, a diminuição do número de casos em Goiânia.

Gráfico 30 - Percentual de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, Goiânia, 2011 a 2024*.



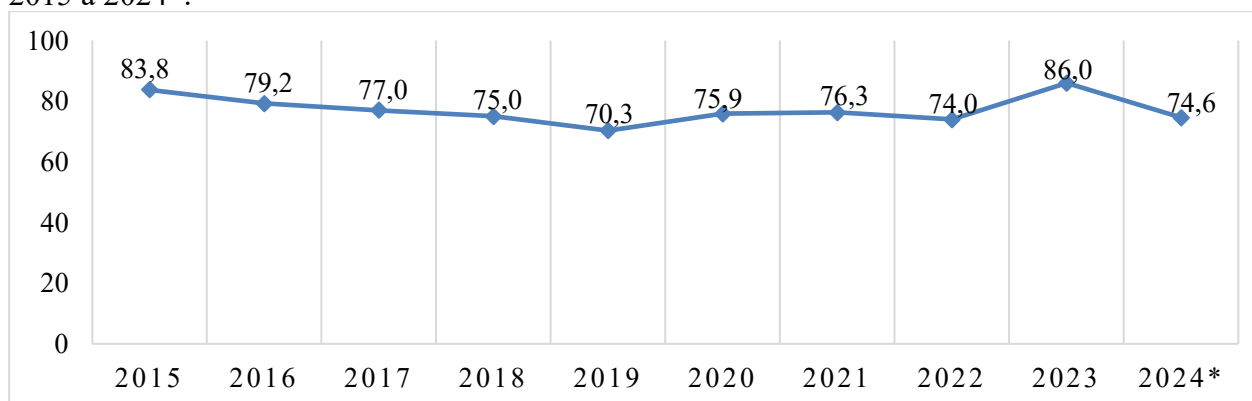
Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *Dados preliminares.

A tuberculose é a doença (com agente etiológico conhecido) que mais mata pessoas infectadas pelo vírus do HIV e considerando esta magnitude e as sérias implicações da coinfeção Tuberculose e HIV, recomenda-se que o teste anti-HIV seja oferecido o mais cedo possível a todo indivíduo com diagnóstico estabelecido de tuberculose, independentemente da confirmação bacteriológica. O diagnóstico precoce da tuberculose associada ao HIV se faz necessário nos serviços de saúde do país.

O tratamento, quando iniciado precocemente e seguido de forma adequada garante melhor qualidade de vida à pessoa e para além disso, outro elemento chave para o bom desempenho das ações de controle é a organização e manutenção de um sistema de vigilância e informação ágil e resolutivo, que possa fornecer dados fundamentais às ações preventivas e avaliar a situação e tendência da coinfeção.

Em 2015 foram testados para HIV 83,8% dos casos novos de tuberculose em Goiânia com 5,5% de redução para o ano seguinte e aumento mais considerável em 2023, 86% (GRÁFICO 31).

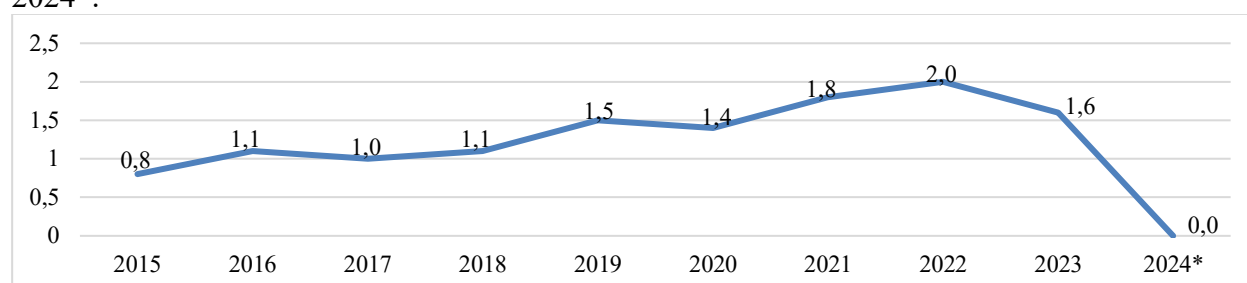
Gráfico 31 - Percentual de casos novos de tuberculose que realizaram teste para HIV, Goiânia, 2015 a 2024*.



Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *Dados preliminares

Quanto aos óbitos por tuberculose em Goiânia percebe-se que coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) varia entre 0,8 (2015) a nenhum óbito em 2024 (dados preliminares). Observou-se aumento nos anos seguintes em relação a 2015, especialmente em 2022, o que reforça a necessidade de fortalecer a atenção básica, como porta de entrada preferencial, centro de comunicação para estabelecimento de fluxos e contrafluxos, coordenação do cuidado e ordenamento na rede de atenção à saúde. Além disso, o diagnóstico precoce da doença é importante ferramenta para diminuição da sua mortalidade. Fortalecer a busca de casos e avaliação de contatos possibilita o diagnóstico da doença e início oportuno do tratamento (GRÁFICO 32).

Gráfico 32 - Coeficiente de mortalidade por tuberculose, por 100 mil habitantes, Goiânia, 2015 a 2024*.

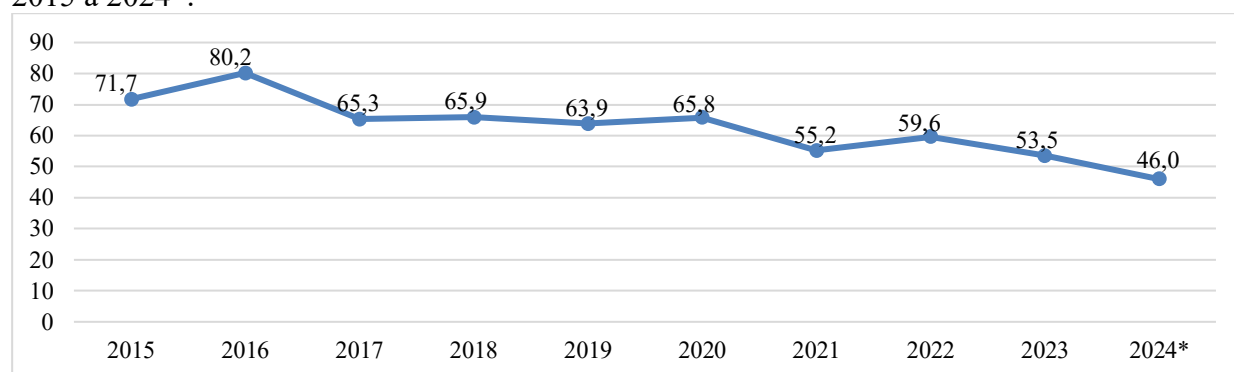


Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *Dados preliminares.

A principal intervenção de cuidado em saúde para diagnosticar precocemente pessoas com tuberculose ativa, casos com infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou com vulnerabilidades para desenvolver a doença é a avaliação de contato. É crucial que a busca ativa e a avaliação dos contatos façam parte da rotina das equipes da Atenção Primária à Saúde.

Nota-se diminuição progressiva do percentual de 2015 a 2024, passando de 71,7%, em 2015, para 46% em 2024 (GRÁFICO 33).

Gráfico 33 – Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar, Goiânia, 2015 a 2024*.

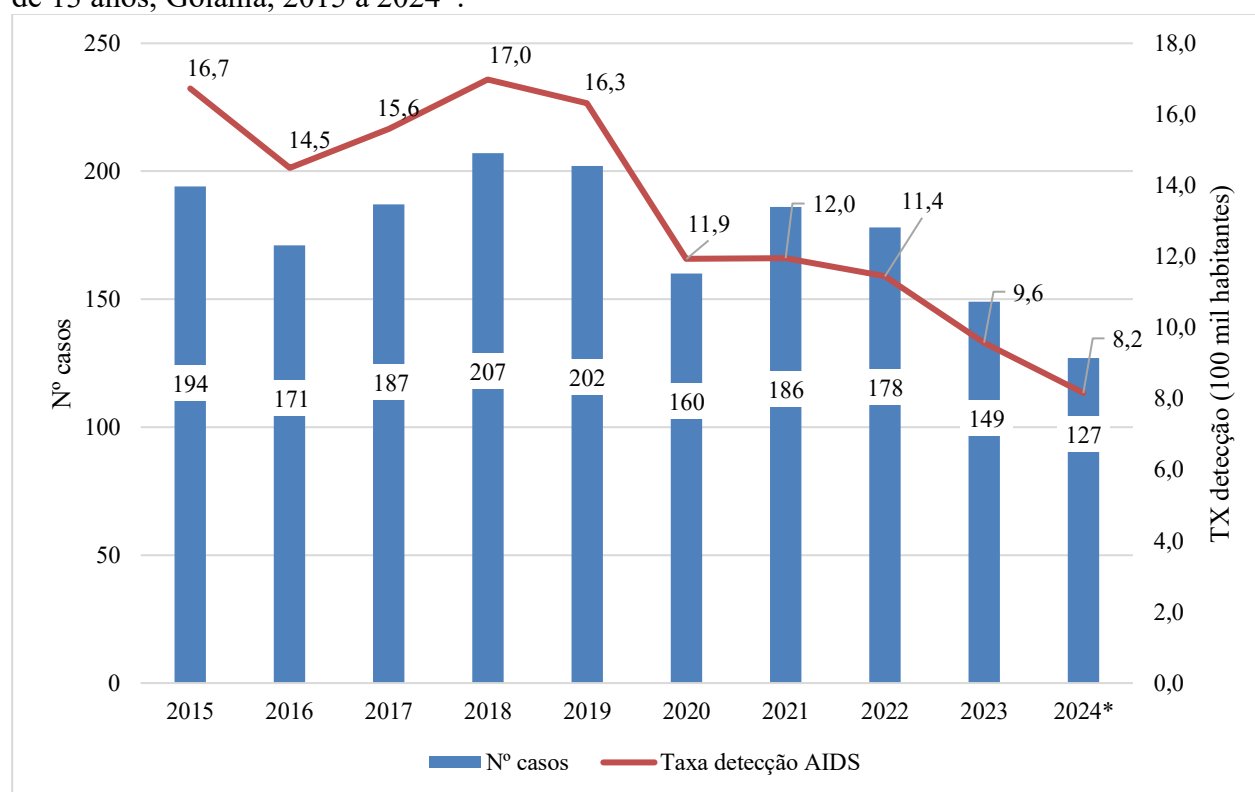


Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *Dados preliminares.

A infecção pelo HIV e o adoecimento por Aids permanecem como desafios significativos para a saúde pública no Brasil, com impactos expressivos em diferentes segmentos populacionais ao longo das últimas décadas.

No que diz respeito a Aids e ao HIV, foram notificados, no período de 2015 a 2024 (dados preliminares), 1.761 casos de Aids e 6.184 casos de HIV. A taxa de detecção da Aids (por 100 mil habitantes), no mesmo período, apresentou decréscimo, de 50,9% (GRÁFICO 34). Em 2024, a taxa de detecção de Aids foi de 8,2 casos por 100 mil habitantes. Quanto mais precoce a detecção da infecção pelo HIV menor será a taxa de detecção por Aids. A queda na taxa de detecção por Aids pode significar maior sobrevida do indivíduo, principalmente por tratamento precoce e supressão viral.

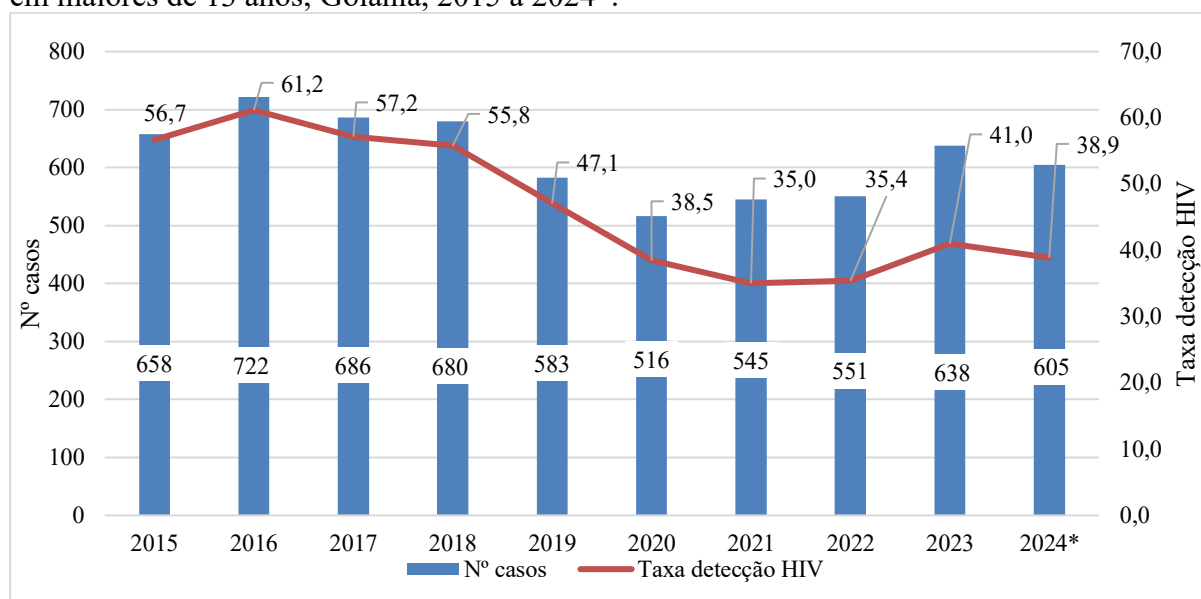
Gráfico 34 - Número de casos e taxa de detecção de AIDs, por 100.000 mil habitantes em maiores de 13 anos, Goiânia, 2015 a 2024*.



Fonte: SINAN NET/DVE/SMS. Censo 2022 e estimativa populacional (SVS/MS). *Dados preliminares.

Observa-se uma maior incidência dos casos de HIV em 2016 (61,2/100 mil habitantes) e nos anos posteriores redução (GRÁFICO 35). Especificamente em 2024, foram notificados 605 casos de infecção pelo HIV no Brasil, representando um aumento de 5,2% em relação ao ano anterior.

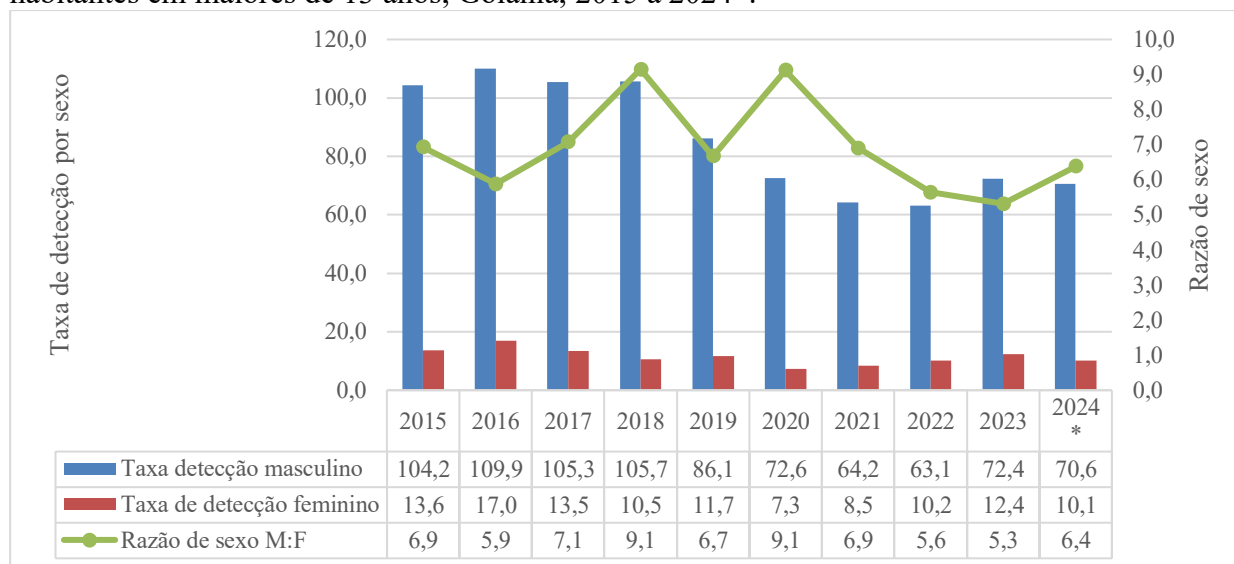
Gráfico 35 - Número de casos e taxa de detecção de infecção pelo HIV, por 100.000 mil habitantes em maiores de 13 anos, Goiânia, 2015 a 2024*.



Fonte: SINAN NET. Censo 2022 e estimativa populacional (SVS/MS). *Dados preliminares.

A distribuição dos casos de HIV por sexo apresenta razão de 6,9 e de 6,4 caso em homens para cada mulher, respectivamente, nos anos de 2015 e 2024, dados preliminares (GRÁFICO 36).

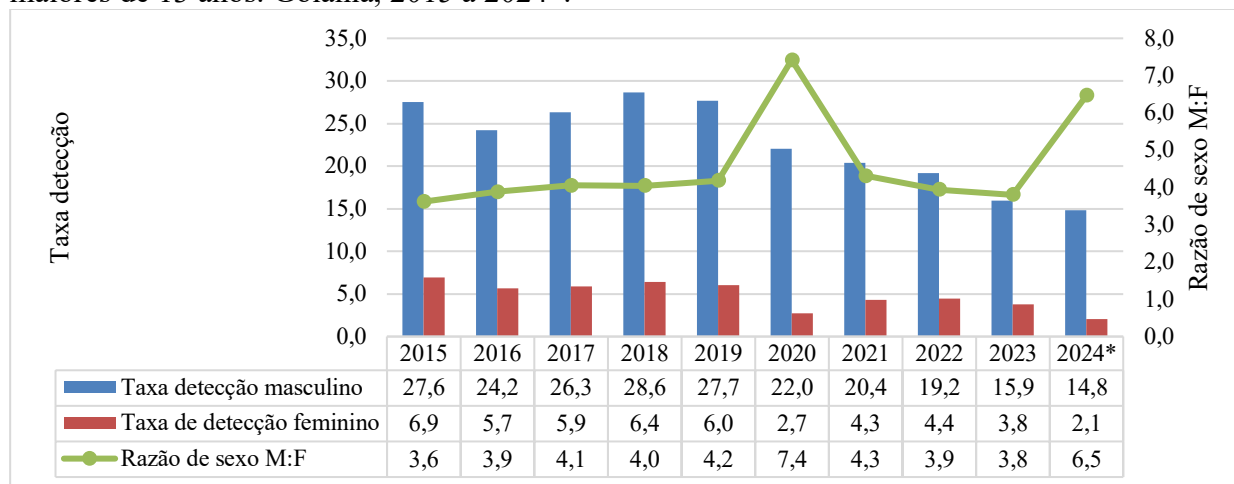
Gráfico 36 - Razão de sexo e taxa de detecção de infecção pelo HIV por sexo, por 100.000 mil habitantes em maiores de 13 anos, Goiânia, 2015 a 2024*.



Fonte: SINAN NET/DVE/SMS. Censo 2022 e estimativa populacional (SVS/MS). *Dados preliminares.

A distribuição dos casos de Aids por sexo apresenta razão de 3,6 e de 6,5 caso em homens para cada mulher, respectivamente, nos anos de 2015 e 2024, dados preliminares (GRÁFICO 37).

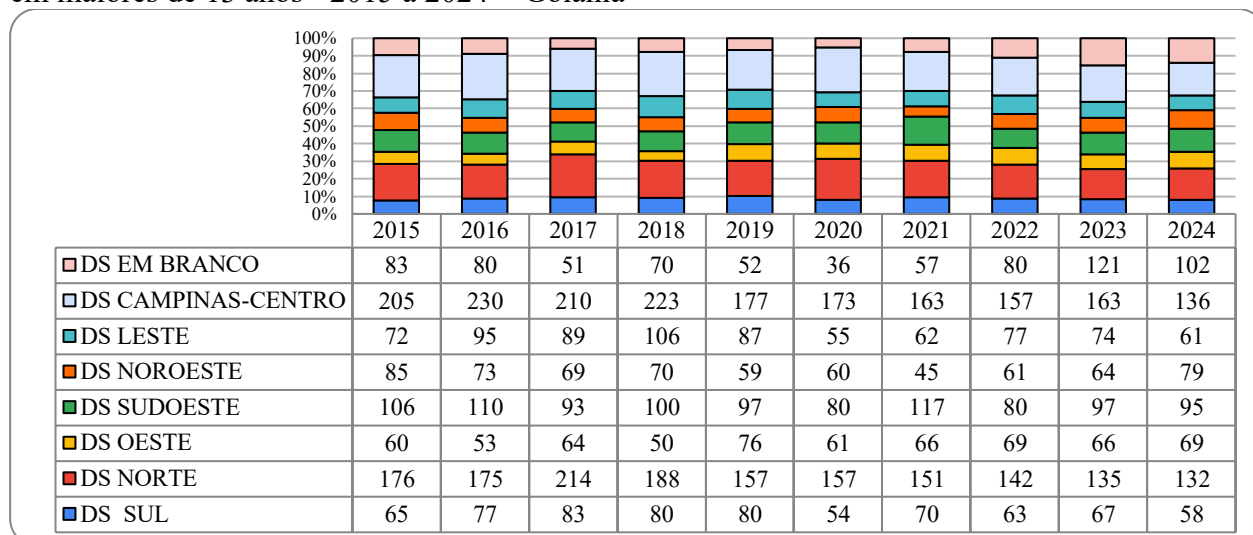
Gráfico 37 – Razão de sexo e taxa de detecção de AIDS, por sexo, por 100.000 mil habitantes em maiores de 13 anos. Goiânia, 2015 a 2024*.



Fonte: SINAN NET. Censo 2022 e estimativa populacional (SVS/MS). *Dados preliminares.

No acumulado de 2015 a 2024, o Distrito Sanitário com maior percentual de Aids e HIV foi DS Campinas Centro (23,1%), seguido pelo DS Norte (20,5%), DS Sudoeste (12,3%), DS Leste (9,8%), DS Sul (8,8%) DS Noroeste (8,4%) e DS Oeste (8,0%). Em 9,2% o DS estava em branco, comprometendo parte da qualidade dos dados (GRÁFICO 38).

Gráfico 38 - Distribuição territorial (por distrito sanitário) dos casos de infecção pelo HIV e AIDS em maiores de 13 anos - 2015 a 2024*- Goiânia



Fonte: SINAN NET. Censo 2022 e estimativa populacional (SVS/MS). *Dados preliminares.

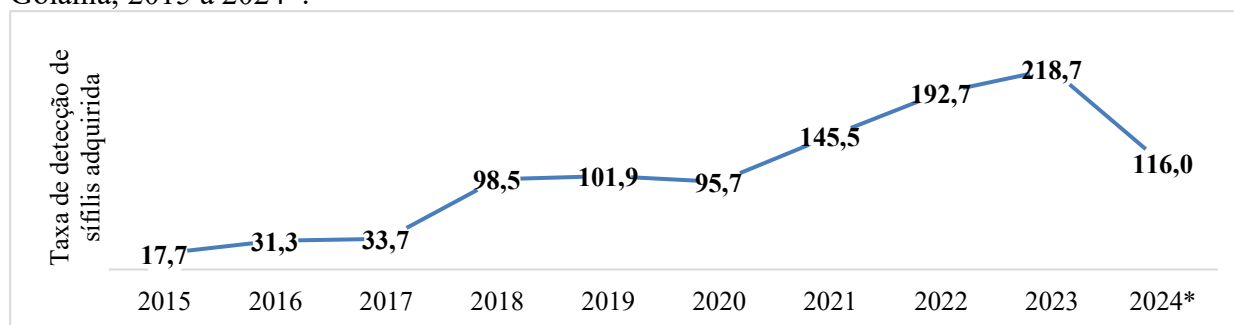
A sífilis é uma infecção bacteriana de transmissão sexual, passível de prevenção e com tratamento disponível e eficaz.

O crescimento da sífilis tem sido relacionado a múltiplos fatores, entre os quais a baixa percepção de risco, o limitado conhecimento sobre a doença por parte da população e as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, ao diagnóstico e ao tratamento, além do estigma que ainda envolve as Infecções Sexualmente Transmissíveis, o que pode afastar as pessoas da busca por cuidado oportuno. No Brasil, a notificação compulsória de sífilis congênita foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a notificação de sífilis em gestantes, pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010.

Em 2017, com a publicação da Nota Informativa nº 02/2017 do Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis da – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, os critérios para definição de caso da sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita foram revisados e atualizados. As medidas de controle da sífilis congênita consistem em oferecer a toda gestante captação precoce e vinculação aos serviços de assistência pré-natal, um acompanhamento de pré-natal adequado, com a oferta de testagem para sífilis no primeiro trimestre (idealmente na primeira consulta), e no terceiro trimestre de gestação (em torno da 28ª semana). Além disso, quando necessário, o tratamento da sífilis oportuno conforme o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para as gestantes e suas parcerias sexuais. Após instituído o tratamento, deve-se proceder de forma prioritária a busca ativa de faltosas. É imprescindível que a informação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis, sejam anotadas na caderneta da gestante, além da notificação dos casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita no SINAN.

Em Goiânia, a taxa de detecção da sífilis adquirida mostrou uma tendência de crescimento ao longo de quase toda a série histórica, entre 2015 e 2023 e em 2024 apresentou ligeira queda, mas são dados preliminares ainda (GRÁFICO 39).

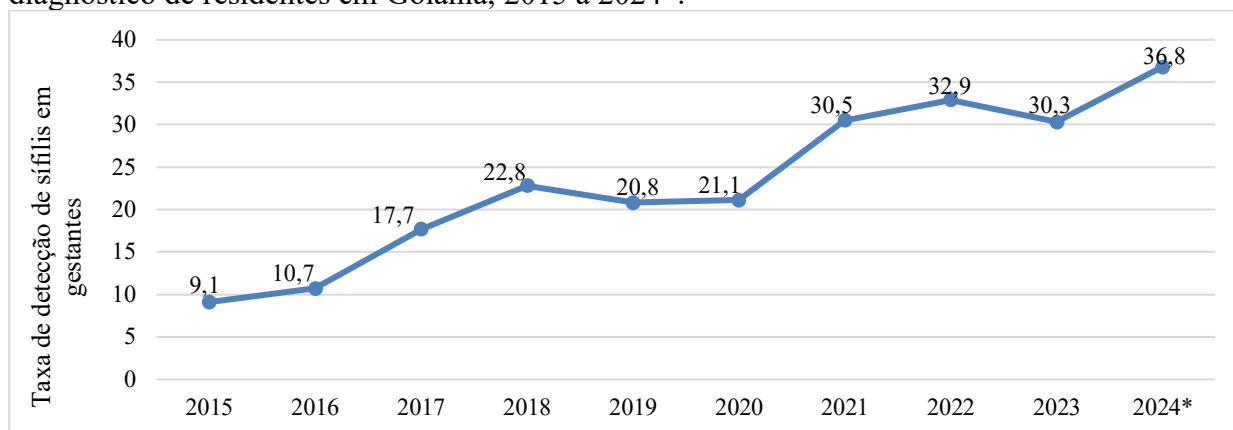
Gráfico 39 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) em residentes de Goiânia, 2015 a 2024*.



Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *Dados preliminares.

No mesmo período, a taxa de detecção de sífilis em gestantes oscilou, mas com crescimento, variando de 9,1/1.000 nascidos vivos em 2015 para 36,8 em 2024, dados preliminares, (GRÁFICO 40).

Gráfico 40 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico de residentes em Goiânia, 2015 a 2024*.

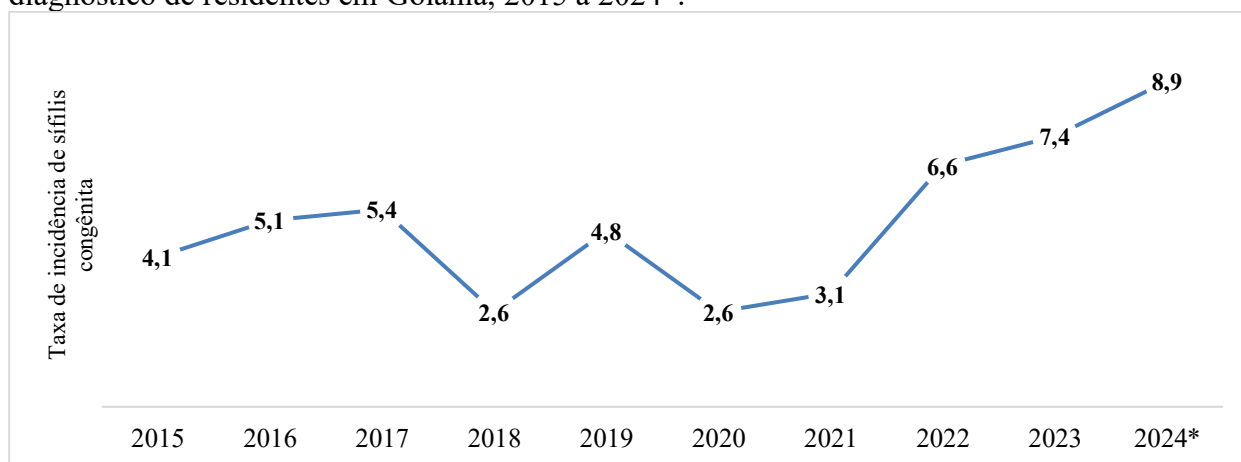


Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *Dados preliminares.

A taxa de incidência de sífilis congênita passou de 4,1/1.000 nascidos vivos para 8,9, um aumento de 117,1%, sendo um dos principais desafios para a saúde pública no Brasil (GRÁFICO 41).

As taxas de detecção de sífilis em gestante foram superiores às de incidência de sífilis congênita. É esperado que quanto maior a taxa de detecção de sífilis em gestantes menor seja a taxa de incidência de sífilis congênita.

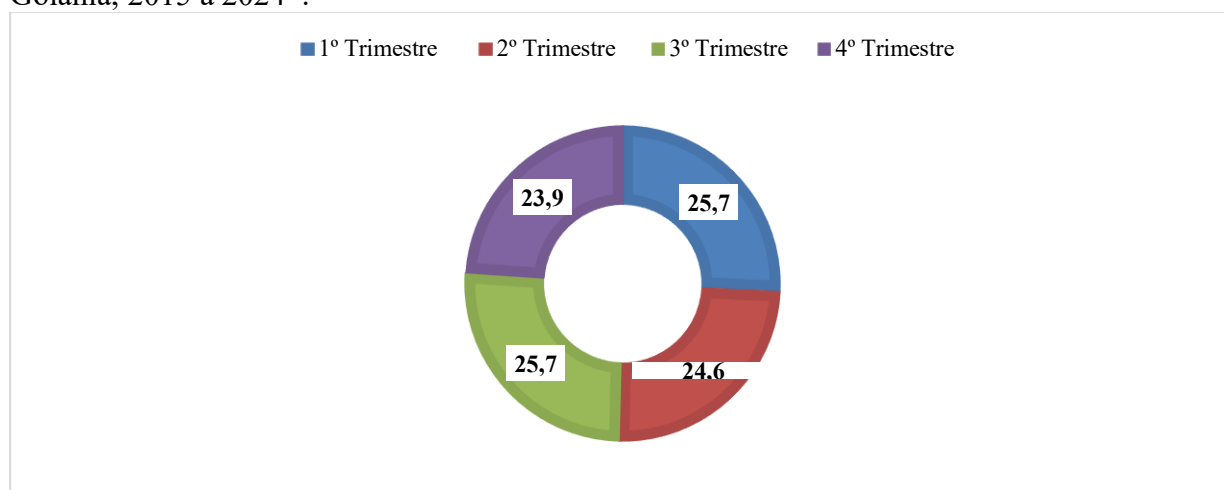
Gráfico 41 - Taxa de incidência de sífilis congênita (1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico de residentes em Goiânia, 2015 a 2024*.



Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *Dados preliminares.

No acumulado de 2015 a 2024 (dados preliminares), aproximadamente 50,3% das gestantes com diagnóstico de sífilis foram identificadas no primeiro e segundo trimestres da gestação, ou seja, em um momento oportuno para iniciar o tratamento e prevenir a transmissão vertical (GRÁFICO 42).

Gráfico 42 - Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis de gestantes residentes em Goiânia, 2015 a 2024*.



Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *dados preliminares.

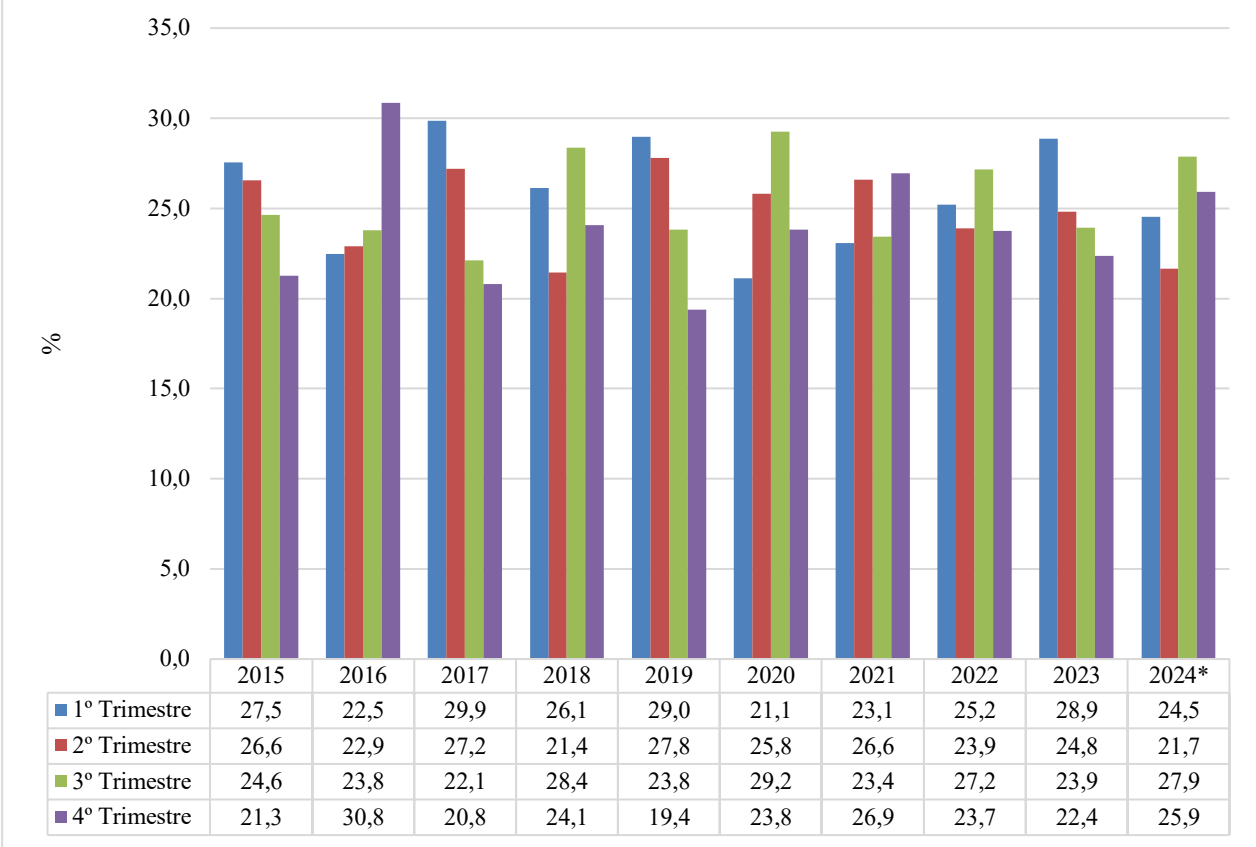
Quando analisada a idade gestacional no momento do diagnóstico da sífilis na gestação, observou-se que, em 2024, a maior proporção das mulheres (27,9%) foi diagnosticada no terceiro trimestre gestacional, ao passo que 24,5% representaram diagnóstico realizado no primeiro trimestre e 21,7% no segundo trimestre (GRÁFICO 43).

Ao comparar 2024 (dados preliminares) em relação a 2015 observa-se que houve melhora na detecção da sífilis em gestante no 3º e 4º trimestre gestacional, o que gera preocupação. Não houve melhora na detecção no 1º e 2º trimestre (GRÁFICO 43).

Entretanto, não é possível diferenciar claramente entre os casos diagnosticados no terceiro trimestre e aqueles identificados durante o parto, o que dificulta uma análise mais precisa sobre a fase gestacional em que o diagnóstico foi realizado. Essa limitação pode dificultar a avaliação do atraso no início do tratamento, subestimando potencialmente a gravidade do quadro.

A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Sua presença aumenta a incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer, duas condições que elevam o risco de mortalidade perinatal, além do risco aumentado para abortamento, óbito fetal e manifestações congênitas precoces ou tardias, com repercussões sociais e psicológicas para a criança.

Gráfico 43 - Percentual da idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis de gestantes residentes em Goiânia, 2015 a 2024*.

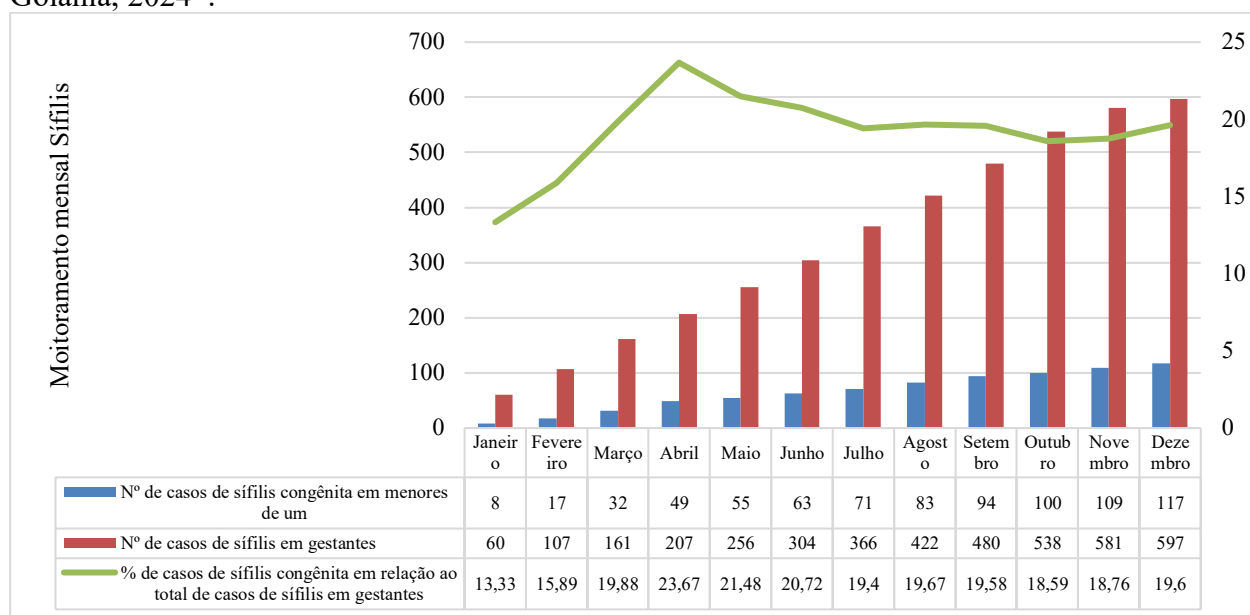


Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *dados preliminares.

A sífilis ainda afeta um número elevado de gestantes, sendo que em Goiânia o número de casos notificados de sífilis na gestação tem aumentado ao longo dos anos. De janeiro a dezembro de 2024 foram diagnosticados 4.079 casos de sífilis em gestantes e 798 de sífilis congênita em menores de um ano. O percentual de casos de sífilis congênita em relação aos casos de sífilis em gestantes para o ano de 2024 (dados preliminares) mostra que é necessário estratégias eficazes para mudar esse cenário epidemiológico (GRÁFICO 44). Para a prevenção da sífilis congênita é essencial a realização do pré-natal precoce para se realizar o devido diagnóstico e tratamento da sífilis na gestante e o seu parceiro sexual.

Mesmo com uma cobertura pré-natal superior a 74%, a incidência da sífilis congênita permanece elevada, evidenciando desigualdades regionais e sociais. É importante mapear padrões da doença e direcionar ações para áreas mais vulneráveis, onde pode haver menos dados e estratégias específicas. No Brasil, as taxas de detecção da sífilis gestacional e congênita continuam a crescer, e em Goiânia, esse aumento é preocupante.

Gráfico 44 – Monitoramento mensal da sífilis em gestante e sífilis congênita, por mês, SMS, Goiânia, 2024*.



Fonte: SINAN/SMS Goiânia. *dados preliminares.

2.2.2. DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, a imunização é uma das intervenções de saúde mais custo efetivas implementadas no curso da história. A vacinação é responsável pelo controle e erradicação de diversas doenças, colaborando para a redução da morbimortalidade principalmente entre as crianças. O desempenho dos programas de vacinação é monitorado através dos indicadores de cobertura vacinal, homogeneidade de coberturas vacinais e taxa de abandono para as vacinas com esquema multidoso.

As doenças imunopreveníveis constituem um conjunto de agravos infecciosos que podem ser evitados por meio da vacinação, representando historicamente uma das intervenções de maior impacto na redução da morbimortalidade no Brasil e no mundo. A implementação sistemática dos programas de imunização contribuiu para o controle, eliminação e até erradicação de doenças anteriormente responsáveis por elevados índices de hospitalizações, sequelas e óbitos, como poliomielite, sarampo, rubéola e tétano neonatal.

As doenças imunopreveníveis são causadas por vírus, bactérias ou toxinas contra as quais há vacinas eficazes e seguras. Entre os principais agravos preveníveis por imunização destacam-se: poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, hepatites A e B, sarampo, caxumba, rubéola, febre amarela, influenza, meningites por diversos agentes (como meningococo C e ACWY), pneumonias bacterianas, HPV, varicela, rotavírus e, mais recentemente, COVID-19 e dengue.

Esses agravos apresentam alta transmissibilidade e potencial para gerar surtos, especialmente em contextos de baixa cobertura vacinal, desigualdades sociais, mobilidade populacional e circulação de variantes ou sorotipos emergentes. Por essa razão, tornam-se essenciais a vigilância ativa, a análise das coberturas vacinais, a identificação de bolsões de não vacinados e o monitoramento de eventos adversos pós-vacinação.

No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituído em 1973, consolidou uma política pública universal, gratuita e baseada em evidências, garantindo ampla oferta de imunobiológicos e orientando a organização do calendário vacinal para todas as faixas etárias, ciclos de vida e grupos de risco.

A vacinação é ferramenta central de prevenção primária e apresenta múltiplos impactos: redução expressiva da incidência, hospitalizações e óbitos por doenças infecciosas, proteção individual e coletiva (imunidade de rebanho), interrompendo cadeias de transmissão, prevenção de sequelas e incapacidades de longo prazo, com impacto direto sobre QALY e DALY, eficiência econômica, reduzindo custos assistenciais, internações e afastamentos, contribuição para a equidade em saúde, especialmente em populações vulneráveis, fortalecimento da segurança sanitária, prevenindo reemergências e emergências em saúde pública.

Manter altas coberturas vacinais e esquemas completos é fundamental para evitar o reaparecimento de doenças reintroduzidas, como sarampo, e impedir a reemergência da poliomielite.

O calendário vacinal do PNI é construído com base em evidências epidemiológicas, imunológicas e de custo-efetividade, organizando os imunobiológicos por faixa etária, grupos de risco e situações especiais. Cumprir o calendário garante: proteção no momento ideal do ciclo de vida, quando a suscetibilidade é maior, eficácia máxima das vacinas, considerando intervalos e doses de reforço, padronização nacional, essencial para planejamento, logística e monitoramento, prevenção de surtos, sobretudo entre crianças menores de 5 anos e adolescentes, integração com ações de vigilância epidemiológica, estratégias de bloqueio e campanhas.

Falhas no cumprimento do calendário, atraso vacinal e queda das coberturas aumentam significativamente o risco de reintrodução de agentes eliminados, ampliam vulnerabilidades territoriais e comprometem metas nacionais e globais.

As doenças imunopreveníveis continuam sendo um importante desafio de saúde pública diante da queda de coberturas vacinais observada no país nos últimos anos, associada à hesitação vacinal, desinformação, dificuldades de acesso e barreiras operacionais. Fortalecer o calendário vacinal, ampliar estratégias de busca ativa, comunicar riscos de forma clara, qualificar os serviços e garantir logística eficiente são medidas essenciais para proteger a população e manter os avanços

conquistados ao longo de décadas pelo PNI. A vacinação permanece como estratégia segura, efetiva, custo-efetiva e fundamental para a promoção da saúde, prevenção de agravos e redução da morbimortalidade.

As vacinas multidosas apresentam desafios específicos de manejo — como tempo reduzido de uso após abertura do frasco — o que torna essencial monitorar consumo, planejamento de oferta, perdas técnicas e alinhamento entre distribuição e demanda real por território (TABELA 11, 12, 13, 14).

A seguir, apresenta-se uma análise sintética para cada vacina e uma leitura geral por Distrito Sanitário.

1) BCG

Goiânia: consumo geral de 79% (40.096 aplicações para 51.000 doses distribuídas).

Destaques por Distrito Sanitário (DS): Sul (81%) e Noroeste (74%) apresentam os melhores desempenhos, com equilíbrio entre oferta e aplicação. Oeste (102%) sugere necessidade de redistribuição intra-territorial ou abertura de frascos sob demanda elevada. Campinas Centro (2%) evidencia superdistribuição, subutilização e potencial perda técnica elevadíssima, indicando revisão imediata da programação. Há grande heterogeneidade entre DS. É necessário aprimorar a distribuição proporcional ao tamanho da população-alvo e às práticas de organização do serviço (dias fixos, agendamento, busca ativa).

2) Febre Amarela

Goiânia: consumo médio 48%, abaixo do esperado para vacina de campanha permanente. Sul (77%) e Sudoeste (54%) apresentam melhor aproveitamento. Oeste (49%), Leste (48%), Noroeste (52%) permanecem em patamar intermediário. Campinas Centro (44%) e Norte (51%) indicam dificuldades de conversão em aplicação.

O consumo insuficiente sugere: demanda espontânea baixa, necessidade de intensificar estratégias de busca ativa, ajustar o volume distribuído para reduzir perdas técnicas.

3) Vacina Oral Poliomielite

Goiânia: consumo 37%, o mais baixo entre as vacinas analisadas. Sul (78%) é o único distrito com desempenho adequado. Noroeste (58%), Norte (56%), Leste (54%) e Sudoeste (52%) apresentam níveis razoáveis, mas ainda distantes do ideal. Oeste (51%) está na média. Campinas Centro (50%), intermediário. Consumo muito baixo no nível SMS (12%), devido ao volume residual.

Tabela 11 - Número de doses aplicadas, distribuídas e percentual de consumo das vacinas multidoso, de curta duração após abertura do frasco, por Distrito Sanitário para o ano de 2024.

Distrito Sanitário	BCG			Febre Amarela			VOP			Tríplice Viral			SAR-COV2 Baby		
	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo	Distr.	Aplic.	Consumo (%)
Oeste	8.460	8.642	102	13.390	6.617	49	9.455	4.828	51	15.590	5.719	37	5.090	1.153	23
Leste	3.060	1.315	43	13.650	6.602	48	7.560	4.046	54	16.440	4.927	30	4.510	722	16
C. Centro	2.160	50	2	13.155	5.785	44	7.205	3.632	50	15.060	4.111	27	5.060	779	15
Norte	4.080	2.321	57	12.480	6.402	51	7.500	4.172	56	14.730	4.674	32	4.430	821	19
Sul	25.000	20.168	81	16.690	12.843	77	7.560	5.862	78	14.710	9.516	65	4.510	1.607	36
Sudoeste	3.200	1.449	45	13.420	7.195	54	10.405	5.433	52	14.580	5.625	39	6.270	1.072	17
Noroeste	8.340	6.151	74	12.540	6.561	52	9.005	5.193	58	14.180	5.105	36	4.880	869	18
SMS	0	0	-	810	452	56	275	32	12	13.90	652	47	30	28	93
Goiânia	51.000	40.096	79	109.160	5.2457	48	9.0250	33.198	37	116.040	40.329	35	35.160	7.051	20

Fonte: Doses Aplicadas: SIPNI Web (salas da rede pública e privada) e Localiza SUS. Doses Distribuídas: SIES.

Tabela 12 - Número de doses aplicadas, distribuídas e percentual de consumo das vacinas unidose e multidoso, de longa duração após abertura do frasco, do calendário básico infantil, por Distrito Sanitário para o ano de 2024.

Distrito Sanitário	Hepatite A Pediátrica			VIP			Varicela			Meningo C			Rotavírus		
	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)
Oeste	2.109	1.894	90	6.700	5.978	89	869	851	98	980	848	87	3.712	3.530	95
Leste	2.000	1.738	87	5.370	5.077	95	870	853	98	910	837	92	3.190	2.980	93
C. Centro	1.710	1.321	77	4.420	4.082	92	620	635	102	780	344	44	2.640	2.417	92
Norte	2.040	1.797	88	5.960	5.551	93	770	770	100	980	796	81	3.180	3.132	98
Sul	2.730	3.026	111	8.190	9.269	113	1.110	971	87	1.440	1.417	98	4.940	5.586	113
Sudoeste	2.070	1.865	90	6.230	5.776	93	1.050	1009	96	460	394	86	3.832	3.572	93
Noroeste	2.250	2.095	93	6.600	6.396	97	830	801	97	1.020	1.014	99	3.930	3.934	100
SMS	11	149	1355	140	58	41	51	32	63	0	19	-	28	28	100
Goiânia	17.530	13.885	79	44.960	42.187	94	6.880	5.922	86	13.600	5.669	42	22.860	25.179	110

Fonte: Doses Aplicadas: SIPNI Web (salas da rede pública e privada) e Localiza SUS. Doses Distribuídas: SIES.

Tabela 13 Número de doses aplicadas, distribuídas e percentual de consumo das vacinas unidose e multidose, de longa duração após abertura do frasco, do calendário básico infantil, por Distrito Sanitário para o ano de 2024.

Distrito Sanitário	Rotavírus			Pentavalente			Pneumo 10			DTP		
	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)
Oeste	3.712	3.530	95	6.416	6.630	103	5.772	6.303	109	2.690	2.789	104
Leste	3.190	2.980	93	5.483	5.657	103	4.652	5.340	115	2.620	2.505	96
C. Centro	2.640	2.417	92	4.412	4.472	101	3.976	4.253	107	2.570	2.153	84
Norte	3.180	3.132	98	5.735	5.782	101	5.056	5.506	109	2.900	2.823	97
Sul	4.940	5.586	113	9.230	9.619	104	7.028	8.348	119	3.610	4.053	112
Sudoeste	3.832	3.572	93	6.240	6.283	101	5.732	6.419	112	3.380	3.094	92
Noroeste	3.930	3.934	100	7.060	7.408	105	5.844	7.024	120	2.890	3.014	104
SMS	28	28	100	1	95	9500	28	80	286	20	22	110
Goiânia	22.860	25.179	110	43.750	45.946	105	37.392	43.273	116	21.840	20.453	94

Fonte: Doses Aplicadas: SIPNI Web (salas da rede pública e privada) e Localiza SUS. Doses Distribuídas: SIES.

Tabela 14 - Número de doses aplicadas, distribuídas e percentual de consumo das vacinas unidose e multidose, de longa duração após abertura do frasco, do calendário básico do adolescente e do adulto, por Distrito Sanitário para o ano de 2024.

Distrito Sanitário	Hepatite B			Raiva			Dupla Adulto			Meningo ACWY			HPV		
	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)
Oeste	8.730	14.852	170	615	679	110	8.510	8.191	96	7.397	7.862	106	4.400	4.106	93
Leste	6.190	7.049	114	1.110	1.524	137	9.280	9.374	101	6.536	7.301	112	4.330	4.107	95
C. Centro	6.090	6.793	112	90	3	3	7.820	7.188	92	5.959	6.256	105	3.770	3.471	92
Norte	6.320	7.278	115	1.364	2.239	164	9.070	8.298	91	6.628	7.273	110	4.000	3.793	95
Sul	16.030	30.406	190	2.226	3.084	139	13.840	14.597	105	11.000	12.229	111	5.278	5.588	106
Sudoeste	6.000	6.753	113	400	465	116	8.330	8.135	98	7.878	8.682	110	4.960	4.355	88
Noroeste	6.900	10.874	158	762	783	103	8.450	7.813	92	7.672	8.372	109	4.730	4.364	92
SMS	930	1.123	121	3	6	200	920	978	106	27	8	30	95	149	157
Goiânia	59.050	85.128	144	7.360	8.783	119	75.020	64.574	86	55.460	57.983	105	36.240	29.933	83

Fonte: Doses Aplicadas: SIPNI Web (salas da rede pública e privada) e Localiza SUS. Doses Distribuídas: SIES

Tabela 15 Número de doses aplicadas, distribuídas e percentual de consumo das vacinas unidose e multidose, de longa duração após abertura do frasco, do calendário básico do adolescente e do adulto, por Distrito Sanitário para o ano de 2024.

Distrito Sanitário	Pentavalente			DTPa Adulto			Dengue		
	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)
Oeste	6.416	6.630	103	1.860	1.755	94	12.355	9.365	76
Leste	5.483	5.657	103	1.920	1.936	101	14.660	12.936	88
Campinas Centro	4.412	4.472	101	1.901	1.806	95	11.060	9.087	82
Norte	5.735	5.782	101	1.812	1.781	98	12.329	10.650	86
Sul	9.230	9.619	104	3.022	3.392	112	13.413	12.750	95
Sudoeste	6.240	6.283	101	1.982	1.922	97	13.350	9.942	74
Noroeste	7.060	7.408	105	1.874	1.935	103	13.780	10.369	75
SMS	1	95	9.500	166	130	78	381	382	100
Goiânia	43.750	45.946	-	15.380	10.966	-	96.868	75.481	78

Fonte: Doses Aplicadas: SIPNI Web (salas da rede pública e privada) e Localiza SUS. Doses Distribuídas: SIES.

Tabela 16 - Número de doses distribuídas, aplicadas e percentual de consumo das vacinas unidoses do calendário de imunobiológicos especiais, por Distrito Sanitário para o ano de 2024.

Distrito Sanitário	HIB			HEP A (CRIE)			Pneumo 13			Hexavalente			Pneumo 23		
	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)	Distr.	Aplic.	Consumo (%)
Oeste	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	32	24	75
Leste	0	0	-	0	0	-	0	0	-	1	1	100	1	1	100
C. Centro	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	3	0	0
Norte	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	3	3	100
Sul	0	0	-	0	0	-	0	0	-	15	12	80	744	668	90
Sudoeste	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	10	6	60
Noroeste	0	0	-	1	1	100	0	0	-	0	0	-	2	4	200
SMS	2	1	50	0	3	-	5	1	20	14	1	7	1	7	700
Goiânia	0	1	-	8	4	50	5	1	20	26	14	54	1.050	713	68

Fonte: Doses Aplicadas: SIPNI Web (salas da rede pública e privada) e Localiza SUS. Doses Distribuídas: SIES.

O baixo consumo geral sugere super distribuição e necessidade de reorganizar fluxos conforme ciclos vacinais das crianças, campanhas e estoques mínimos.

4) Tríplice Viral

Goiânia: consumo 35%. Sul (65%) apresenta o melhor desempenho. Noroeste (36%), Sudoeste (39%), Oeste (37%) e Norte (32%) se situam no patamar intermediário. Leste (30%) e Campinas Centro (27%) mostram baixo uso proporcional.

A baixa aplicação de doses indica excesso de distribuição e fragilidade nas estratégias de vacinação de rotina, especialmente para atualizar esquemas atrasados.

5) SARS-CoV-2 Baby (pediátrica)

Goiânia: consumo 20%, o menor entre todos os imunizantes. Sul (36%) tem o melhor desempenho relativo. Demais distritos variam entre 15% e 23%, revelando pouca adesão e possível super distribuição. A procura espontânea é baixa, demandando reforço de ações em creches, busca ativa e alinhamento entre demanda e remessa de doses.

A programática para esta vacina necessita revisão urgente, com redução do volume distribuído, capacitação das equipes e intensificação da comunicação com pais e responsáveis.

Distrito Sul – apresenta consistentemente os maiores consumos em todas as vacinas (entre 36% e 81%). Indica boa programação, alta demanda e forte capacidade operacional. Noroeste, Sudoeste, Norte e Oeste – bom desempenho em algumas vacinas, mas com inconsistências e potencial de ajuste fino da oferta. Campinas Centro – desempenho crítico na BCG e baixo consumo nas demais, indicando incompatibilidade entre oferta e necessidade real. Leste – desempenho baixo especialmente em SCR e SARS-CoV-2 Baby. Consumo geral do município (Goiânia) permanece abaixo de 50% para todas as vacinas exceto BCG.

Sugere-se: ajustar a distribuição por DS; reduzir a entrega para distritos com consumo persistente baixo (ex.: Campinas Centro, Leste) ou melhorar estratégia para adesão. Aumentar monitoramento semanal para BCG, VOP e Covid Baby devido maior risco de perda técnica. Revisar práticas de organização da sala de vacina: definir dias fixos para abertura de frasco multidoso (especialmente BCG); fortalecer agendamento e busca ativa de recém-nascidos e crianças. Intensificar ações de busca ativa: SCR, VOP e FA precisam de mobilização ativa de crianças com esquemas atrasados. Comunicação e educação em saúde: reforçar campanhas locais para aumentar adesão à vacinação, especialmente Covid Baby. Capacitação das equipes: atualizações sobre manejo de frascos multidoso e estratégias para reduzir perdas técnicas.

VIP e Rotavírus apresentam melhores desempenhos globais, com 94% e 110% de consumo, respectivamente. Hepatite A Pediátrica apresenta consumo mais baixo (79%) comparado às demais vacinas. Varicela (86%) e principalmente Meningo C (42%) apresentam baixa utilização, indicando risco de perda de doses e possível desabastecimento mal planejado (TABELA 12).

Distritos com melhor desempenho geral (consumo médio $\geq 95\%$): Sul — excelente desempenho em quase todas as vacinas. Noroeste — muito equilibrado. Oeste e Leste — bom desempenho geral. Os distritos com maiores inconsistências: Campinas Centro: VIP e Rotavírus razoáveis (~92%), Meningo C extremamente baixa (44%), Hepatite A baixa (77%); Norte: Meningo C baixa (81%). SMS (estoque central): indicadores distorcidos (variam de 41% a 1355%). Refletem distribuição e não aplicação em unidades próprias.

Alta eficiência global em VIP e Rotavírus. Distribuição planejada e aproveitamento adequado em Sul e Noroeste. Baixíssimo consumo da Meningo C (42%) — indicador crítico. Subutilização de Hepatite A em Campinas, Leste e Goiânia como um todo.

Diferenças extremas entre distritos indicam heterogeneidade na programação vacinal, apontando: inconsistências no cálculo de cotas, possíveis falhas no registro, dificuldades operacionais em salas específicas.

Sugere-se: auditar registros da Meningo C, especialmente em Campinas Centro e Norte, avaliar o dimensionamento da Hepatite A, revisando periodicidade e volume de distribuição, fortalecer busca ativa e oportunidades de vacinação em regiões com cobertura historicamente mais baixa, padronizar a retirada e devolução de frascos, reduzindo diferenças entre distritos, aprimorar a integração SI-PNI ↔ logística, garantindo que o consumo reflita a realidade.

As vacinas analisadas (Rotavírus, Pentavalente, Pneumo 10 e DTP) apresentam perfis distintos de consumo entre os Distritos Sanitários (TABELA 13). Há equilíbrio em algumas regiões, enquanto outras registram consumo acima de 110%, indicando intensa demanda, fluxo populacional elevado ou subdimensionamento de distribuição. Pneumo 10 e Pentavalente apresentam os maiores consumos, muitas vezes acima de 110%. Rotavírus e principalmente DTP apresentam áreas com consumo abaixo de 95%, sinalizando necessidade de ajustes de planejamento e intensificação da busca ativa. O Distrito Sul e o Noroeste mantêm altos níveis de consumo em todas as vacinas. O Campinas Centro registra consumos consistentemente mais baixos, especialmente na DTP (84%). O nível SMS não deve ser interpretado como desempenho assistencial, pois representa movimentações administrativas/estoques.

Goiânia apresenta bom desempenho vacinal, com destaque para Pentavalente e Pneumo 10, que excedem 100% de consumo na maior parte dos distritos. Há variações significativas entre

os DS, indicando necessidade de ajustes no planejamento anual, redistribuição de frascos e avaliação da estimativa da população-alvo. Campinas Centro, Sudoeste e Leste requerem ações específicas para melhorar o consumo de vacinas infantis, especialmente DTP e Rotavírus. Sul e Noroeste consolidam-se como distritos de altíssima procura, devendo receber maior quantitativo programado em 2025.

Sugere-se: análise mensal de consumo, redistribuição inter unidades, vigilância do estoque, estratégias de busca de faltosos.

A análise contempla cinco imunizantes unidose ou multidose de longa duração após abertura do frasco — Hepatite B, Raiva, Dupla Adulto (dT), Meningocócica ACWY e HPV — distribuídos e aplicados nos Distrito Sanitários ao longo de 2024, destacando padrões de consumo, suficiência de estoque, e possíveis desequilíbrios operacionais (TABELA 14).

Superconsumo (>100%) em Hepatite B, Raiva e Meningo ACWY, indicando elevada demanda ou necessidade de reforço de cálculo de distribuição. Bom desempenho no consumo da Meningo ACWY, reforçando efetividade das estratégias de vacinação em adolescentes. Subconsumo (<100%) em Dupla Adulto e HPV, sugerindo estoque suficiente, porém necessidade de estratégias para ampliar a efetividade das campanhas, incluindo campanhas escolares e ampliação da comunicação para famílias.

Distritos apresentam heterogeneidade significativa, especialmente Campinas Centro, que requer plano de ação específico.

Dupla Adulto com subconsumo global, apontando necessidade de intensificar atualização vacinal em adultos.

Sugere-se: ajustes de planejamento: recalibrar distribuição de Hepatite B e Raiva para evitar desabastecimento, aumentar envio inicial de doses para o distrito Sul e Oeste, historicamente de maior consumo. Fortalecimento das estratégias para adesão: intensificar ações de vacinação em escolas (especialmente HPV e ACWY), implementar busca ativa via e-SUS/PEC para Dupla Adulto e Hepatite B. Intervenção em Distritos críticos: plano específico para Campinas Centro com: análise da rede assistencial, comunicação ampliada, mutirões e horários estendidos. Gestão do estoque: reavaliar papel da SMS no registro de aplicação e no controle de reposições para evitar percentuais distorcidos.

6) Pentavalente

Consumo Global Elevado (105%). Goiânia apresenta consumo geral de 105%, indicando uso eficiente dos estoques e necessidade de revisão dos critérios de distribuição. Distritos com maior consumo: Noroeste: 105%, Sul: 104%, Oeste e Leste: 103%. Todos os DS têm consumo $\geq$

101%, sugerindo: boa adesão, controle eficiente de perdas, possível subdimensionamento das distribuições iniciais. Ponto de atenção: o registro de SMS (9500%) indica erro claro de lançamento ou redistribuição interna (1 dose distribuída e 95 aplicadas) (tabela continuação).

7) DTPa Adulto

Variação Moderada do Consumo. Consumo geral em Goiânia: 71% (15380 distribuídas / 10966 aplicadas). Distribuição homogênea, porém, consumo varia entre 94% e 112%: melhor desempenho: Sul (112%), Noroeste (103%), Leste (101%). Consumo crítico: SMS (78%) e Oeste (94%). Implicação gerencial: a DTPa é de uso estratégico — reforço em gestantes, trabalhadores e bloqueios. O consumo abaixo de 100% em metade dos distritos pode indicar: falhas no monitoramento ativo, baixa demanda espontânea, necessidade de intensificar ações nos serviços de atenção adulta e estratégias de busca ativa de gestantes com carteira incompleta.

8) Dengue

Cobertura Heterogênea e Consumo Geral Baixo (78%). Goiânia apresenta consumo total de 78%, abaixo do desejado para vacinas de campanha. Melhores desempenhos: Sul: 95%, Leste: 88%, Norte: 86%. Distritos com consumo insuficiente: Sudoeste: 74%, Noroeste: 75%, Oeste: 76%, Campinas Centro: 82%. Implicações: A baixa adesão pode comprometer a efetividade da estratégia de vacinação da Dengue. Recomenda-se ações territoriais específicas, considerando vulnerabilidade e incidência histórica.

9) Pentavalente (Infantil)

Consumo elevado em todos os distritos sanitários, variando de 101% a 105%, indicando: ótima utilização das doses, baixa perda por frasco multidoso, adequada organização da oferta. Gestão recomendada: revisar parâmetros de distribuição para evitar excesso artificial de consumo (>100%). DTPa Adulto: maior oscilação de consumo entre distritos. O distrito Sul se destaca com 112%, sugerindo forte adesão ou distribuição insuficiente. Distritos com consumo < 95% merecem monitoramento: Oeste (94%), Campinas Centro (95%), Sudoeste (97%) ainda dentro da normalidade, porém abaixo do ótimo, SMS (78%) — provável inconsistência de registro. Gestão recomendada: reavaliar fluxos de distribuição e consumo por grupos-alvo (gestantes, trabalhadores, bloqueios). Capacitação para registros e conferência de estoques. Dengue: distribuição elevada (96.868 doses), porém apenas 75.481 aplicadas. DS Sul com 95% demonstra: boa mobilização territorial, alta aceitação da vacina entre adolescentes. Gestão recomendada: Investir em campanhas por distrito com baixa adesão, especialmente: Sudoeste, Noroeste, Oeste.

10) DTPa Adulto

Exige ajustes operacionais para melhor aderência das populações-alvo e adequação da distribuição. Dengue é o principal ponto crítico: consumo geral baixo (78%), necessidade urgente de estratégias de comunicação, busca ativa e pactuação com escolas. Inconsistências no registro da SMS (consumo de 9500% para Pentavalente) devem ser tratadas imediatamente. A heterogeneidade territorial reforça a importância de planejamento regionalizado. Sugere-se: monitorar o consumo semanal por distritos, com alertas automáticos, intensificar a busca ativa de adolescentes, principalmente para Dengue e DTPa, capacitar equipes para registro correto e padronização de fluxos de distribuição, reavaliar a quantidade de doses enviadas por distritos, ajustando ao comportamento de consumo real, realizar campanhas específicas para distritos com maior perda de oportunidade.

11) Vacina HIB (unidose)

Distribuição extremamente baixa, restrita ao nível central (SMS). Não houve aplicação nos Distritos Sanitários, indicando baixa demanda ou uso restrito ao serviço especializado. SMS apresentou consumo de 50% (2 distribuídas / 1 aplicada) – tabela 14. Uso concentrado no nível central, ausência total nos DS, reforçando perfil de aplicação sob critério específico.

12) Hepatite A (CRIE)

Apenas dois pontos tiveram movimentação: Noroeste: 1 dose distribuída e aplicada (100%), Goiânia (total): 8 distribuídas / 4 aplicadas (50%). Demais distritos permaneceram sem administração, o que é esperado, pois trata-se de imunobiológico especial. Consumo moderado, com uso pontual conforme indicação clínica.

13) Pneumo 13 (unidose – CRIE)

Movimento restrito: SMS: 5 distribuídas e 1 aplicada (20%). Goiânia (total): 5 distribuídas e 1 aplicada (20%). Nenhum distritos aplicaram doses. Distribuição limitada e consumo baixo, evidenciando demanda muito específica.

14) Hexavalente (CRIE)

Maior uso entre as vacinas especiais: Sul: 15 distribuídas / 12 aplicadas (80%). SMS: 14 distribuídas / 1 aplicada (7%). Goiânia (total): 26 distribuídas / 14 aplicadas (54%). Demais DS não registraram uso. O Distrito Sul concentra a maior parte do consumo, possivelmente por atender maior fluxo de casos elegíveis.

15) Pneumo 23 (unidade – CRIE)

Vacina com maior volume distribuído e aplicado: Goiânia total: 1050 distribuídas / 713 aplicadas (68%). Sul: 744 / 668 (90%) – maior desempenho. Oeste: 32 / 24 (75%). Leste e Norte: 100% de consumo (pequena quantidade). Noroeste: consumo superior ao distribuído (200%), sugerindo uso de estoques anteriores ou ajustes de registro. Sudoeste: consumo de 60%. Alta procura e consumo adequado, coerente com o perfil da Pneumo 23 para grupos de risco de maior prevalência.

As vacinas unidose do CRIE apresentam padrão esperado de baixa distribuição, concentrada em demandas específicas. Hexavalente e Pneumo 23 são as que apresentam maior movimentação e consumo, com destaque para o Distrito Sul, que demonstra alta eficiência e maior demanda. Vacinas como HIB, Hepatite A CRIE e Pneumo 13 mostram uso residual, indicando: perfil epidemiológico restrito, demanda clínica limitada, centralização de aplicação em unidades específicas.

As duas vacinas de administração ao nascer apresentam coberturas abaixo da meta mínima recomendada ($\geq 90\%$), indicando necessidade de fortalecimento da vacinação ainda na maternidade, articulação com serviços de registro civil e estratégias de busca ativa precoce (TABELA 17).

Tabela 17 - Cobertura vacinal para as vacinas do calendário infantil (ao nascer), Goiânia – 2024

Vacinas ao nascer	BCG	HEP ≤ 30 dias
Cobertura	70,25%	70,92%

Fonte: Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (DEMAS)/ Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI)/ Ministério da Saúde. Portal

O conjunto das vacinas do primeiro ano revela coberturas consistentemente abaixo de 75%, com destaque negativo para Febre Amarela (55,50%), indicando vulnerabilidade epidemiológica. Há sinais de dificuldades na oportunidade de vacinação e conclusão do esquema primário, apontando para a necessidade de intensificação de ações de rotina e campanhas focalizadas (TABELA 18).

Tabela 18 - Cobertura vacinal para as vacinas do calendário infantil (crianças menores de 1 ano), Goiânia – 2024

Vacina	Rotavírus (%)	Pólio (%)	Pneumo-10v (%)	Penta (%)	Hepatite B (%)	DTP * (%)	Meningo C (%)	Febre Amarela (%)	Covid 19 (%)
Cobertura ao nascer	68,42	65,63	73,53	65,92	63,47	65,92	67,63	55,50	**

*A vacina DPT é feita a partir de 1 ano de idade. A cobertura de Penta contempla a cobertura da vacina DTP, visto que é uma vacina combinada.

** Dados não disponíveis no painel de vacinados do Localiza SUS nesta Faixa etária.

Fonte: Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde/ Secretaria de Informação e Saúde Digital/ Ministério da Saúde. Portal

As vacinas de crianças de um ano de vida apresentam queda adicional, especialmente nos reforços. A cobertura de DTP (1º reforço) é preocupante (47,39%), evidenciando baixa adesão à continuidade dos esquemas vacinais (TABELA 19).

Tabela 19 - Cobertura vacinal para as vacinas do calendário infantil (crianças de 1 ano), Goiânia – 2024

Vacina	Tríplice Viral (%)	Pneumo 10 (1ª Ref.) (%)	Meningo (1º REF.) (%)	Hepatite A (%)	Tríplice ViralD2 (%)	Varicela (%)	DTP (1º Ref.) (%)	VOP (1º Ref.) (%)
Cobertura ao nascer	74,03	69,65	68,39	63,3	60,05	62,33	47,39	59,06

Fonte: Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde/ Secretaria de Informação e Saúde Digital/ Ministério da Saúde. Portal

Este é o grupo com menores coberturas do calendário infantil, revelando grande perda de oportunidade entre 1 e 4 anos. Os indicadores de DTP e VOP (~38%) e, especialmente, Varicela D2 (12,88%), apontam para risco elevado de reintrodução de doenças imunopreveníveis e

necessidade urgente de estratégias de busca ativa, comunicação e ampliação da oferta de horários (TABELA 20).

Tabela 20 - Cobertura vacinal para as vacinas do calendário infantil (crianças de 4 anos), Goiânia – 2024

Vacina	DTP (2º Ref.)	VOP (2º Ref)	Varicela D2	Febre Amarela (Ref.)
Cobertura ao nascer	38,41%	38,60%	12,88%	49,95%

Fonte: Doses aplicadas no Portal LocalizaSUS, Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde/ Secretaria de Informação e Saúde Digital/ Ministério da Saúde

O conjunto de vacinas do calendário infantil em Goiânia, em 2024, apresenta coberturas significativamente abaixo das metas nacionais ($\geq 90\%$ para maioria; $\geq 95\%$ para pólio). Observa-se um padrão de queda com o avançar da idade, indicando que: crianças iniciam o esquema vacinal parcialmente, mas não completam reforços e doses subsequentes. Pólio, DTP e VOP com coberturas muito baixas representam risco elevado para surtos. Febre Amarela abaixo de 60% mantém áreas urbanas vulneráveis. Varicela D2 com apenas 12,88% aponta lacuna grave de proteção. Ausência de dado para Covid-19 infantil indica possível falha de registro. As menores coberturas são verificadas aos 4 anos, representando ponto crítico para transmissão e ressurgimento de doenças.

Os dados evidenciam um padrão consistente de coberturas vacinais abaixo da meta em todas as faixas etárias, com maior gravidade à medida que aumenta a idade da criança. Observam-se dois cenários principais: coberturas baixas ($\geq 50\%$ a $<$ meta) e coberturas muito baixas ($< 50\%$), com destaque para reforços e segundas doses (TABELA 21).

A análise da cobertura vacinal infantil em Goiânia para o ano de 2024 demonstra um cenário de subimunização persistente, com desempenho insatisfatório em todas as faixas etárias avaliadas. Embora algumas vacinas apresentem coberturas intermediárias, o conjunto dos dados evidencia dificuldades na manutenção da completude dos esquemas vacinais, especialmente nos reforços aplicados após o primeiro ano de vida.

Entre os recém-nascidos, as vacinas BCG (70,25%) e Hepatite B em até 30 dias (70,92%) atingem níveis considerados baixos, porém superiores aos observados nas demais faixas etárias. Esses resultados sugerem boa captação na maternidade e no primeiro contato com o serviço de saúde, embora ainda abaixo das metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunizações.

Tabela 21 - Proporção de cobertura vacinal por faixa etária e tipo de vacina, Goiânia 2024.

Vacina		Cobertura vacinal			
		Muito baixa (0% a < 50%)		Baixa (≥ 50% a < Meta)	
		N	%	N	%
Ao nascer	BCG	-	-	12.602	70,25%
	HEP B < 30 dias	-	-	12.723	70,92%
Menor de 1 ano	Rotavírus	-	-	12.274	68,42%
	Pólio	-	-	11.773	65,63%
	Pneumo-10v	-	-	13.190	73,53%
	Penta	-	-	11.825	65,92%
	Hepatite B	-	-	11.386	63,47%
	DTP	-	-	11.826	65,92%
	Meningo C	-	-	12.133	67,63%
	Febre Amarela	-	-	9.956	55,50%
	COVID-19	-	-		*
1 ano	Tríplice Viral	-	-	13.281	74,03%
	Pneumo 10 (1º REF)	-	-	12.494	69,65%
	Meningo (1º REF)	-	-	12.268	68,39%
	Hepatite A	-	-	11.359	63,32%
	Tríplice Viral D2	-	-	10.773	60,05%
	Varicela	-	-	11.182	62,33%
	DTP (1º REF)	8.501	47,39%	-	-
	VOP (1º REF)	-	-	10.594	59,06%
4 anos	DTP (2º REF)	6.698	38,41%	-	-
	VOP (2º REF)	6.730	38,60%	-	-
	Varicela (D2)	2.246	12,88%	-	-
	Febre Amarela (REF)	8.710	49,95%	-	-

Fonte: Doses Aplicadas: Localiza SUS (salas da rede pública e privada).

População segundo estimativas populacionais por município 2024 (TABnet), idade 4 anos: 17.437.

O numerador foi composto pelo número de doses aplicadas dos tipos de doses solicitadas.

* Dados não disponíveis no painel de vacinados do Localiza SUS nesta faixa etária.

População: 2024 (consultar população 2024 pelo link
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsvs2024br.def>)

No grupo de crianças menores de 1 ano, as coberturas vacinais situam-se majoritariamente entre 63% e 74%, caracterizando desempenho consistentemente abaixo das metas. Vacinas essenciais, como Rotavírus (68,42%), Pólio (65,63%), Pneumo-10v (73,53%), Penta (65,92%), Meningo C (67,63%) e DTP (65,92%), permanecem em nível insuficiente para a proteção coletiva. A situação mais crítica nesse grupo é observada para Febre Amarela (55,5%), evidenciando baixa adesão ou dificuldades operacionais. A ausência de valor registrado para COVID-19 sugere subnotificação ou baixa demanda.

Entre as crianças de 1 ano, apesar de coberturas levemente melhores para Tríplice Viral (74,03%), Pneumo 10 1º reforço (69,65%) e Meningo C 1º reforço (68,39%), o conjunto ainda se mantém abaixo do recomendado. Destaca-se o desempenho preocupante da DTP 1º reforço (47,39%), que se enquadra na classificação de cobertura muito baixa, indicando uma queda substancial no retorno das crianças para continuidade do esquema vacinal. Esse padrão aponta falhas na reconvocação, busca ativa e comunicação com os responsáveis.

A situação mais crítica é observada na faixa etária de 4 anos, em que todas as vacinas analisadas apresentam coberturas muito baixas (<50%), incluindo DTP 2º reforço (38,41%), VOP 2º reforço (38,60%), Varicela D2 (12,88%) e Febre Amarela reforço (49,95%). Esses valores evidenciam um rompimento significativo da continuidade vacinal, com forte impacto no risco de reintrodução de agravos como poliomielite, difteria, coqueluche, sarampo e varicela.

De forma geral, os dados revelam que as maiores fragilidades se concentram nos reforços e segundas doses, especialmente após os 12 meses de idade. O padrão observado reforça a necessidade de ações intensificadas de vigilância e recuperação de esquemas vacinais, incluindo busca ativa nominal, ampliação dos horários de atendimento, estratégias extramuros, integração com instituições educacionais e campanhas específicas voltadas aos reforços. O cenário aponta para um desafio estratégico de grande relevância para a gestão municipal, demandando intervenções coordenadas para elevar a cobertura vacinal e prevenir a ocorrência de surtos de doenças imunopreveníveis.

Entre janeiro e dezembro de 2024, Goiânia registrou 408 notificações de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI), considerando todas as vacinas do calendário regular e a vacina Qdenga (dengue). Destas, 325 (79,7%) foram associadas a imunizantes gerais e 83 (20,3%) especificamente à Qdenga (tabela 20).

A distribuição etária evidencia maior concentração de notificações em crianças menores de 5 anos e crianças de 5 a 11 anos, refletindo a maior exposição aos imunobiológicos devido ao calendário vacinal ampliado e à intensa atividade de campanhas.

Entre todas as vacinas, a maior frequência ocorreu entre <5 anos, com 193 notificações (59,4% do total geral). Em seguida, observa-se queda progressiva conforme o aumento da idade, variando entre 10 e 32 notificações nas demais faixas. Faixas de adultos apresentam menor notificação, o que é esperado devido ao menor volume de doses aplicadas e ao perfil do calendário vacinal adulto.

Considerando a Vacina Qdenga houve 83 notificações ESAVI, concentradas majoritariamente nas faixas: 5 a 11 anos: 43 notificações (51,8%), 12 a 17 anos: 25 notificações (30,1%). Adultos apresentaram baixa frequência, variando de 1 a 3 notificações por faixa, o que acompanha o menor quantitativo de doses aplicadas a este grupo na estratégia municipal. O total geral (todas as vacinas + Qdenga) destaca: <5 anos: 193 notificações (47,3% do total), 5–11 anos: 75 notificações (18,4%), 12–17 anos: 41 notificações (10,0%). O conjunto dos adultos (≥ 18 anos) soma 99 notificações (24,3%).

Alta concentração nas faixas pediátricas, especialmente <5 anos e 5–11 anos, compatível com o volume de doses em rotina e campanhas realizadas em 2024. Qdenga representou 20,3% das notificações de ESAVI, com predominância em escolares e adolescentes, faixas-alvo da vacinação contra dengue. Baixa proporção de notificações em adultos e idosos, possivelmente relacionada ao menor número de doses aplicadas e ao perfil de vigilância ativa mais limitado nesses grupos etários. A razão entre notificações gerais e por Qdenga reforça bom perfil de segurança vacinal, sem concentração anômala de eventos em faixas não esperadas.

A maior notificação em crianças pequenas é esperada epidemiologicamente, dado o maior número de imunizações nessa faixa e a maior sensibilidade dos pais e profissionais para identificação e notificação de eventos.

A distribuição de ESAVI por Qdenga acompanha o público-alvo prioritário, indicando aderência do sistema de vigilância à estratégia vacinal.

A baixa notificação em adultos pode indicar tanto menor ocorrência de eventos quanto subnotificação, aspecto que merece monitoramento contínuo.

Sugere-se: qualificar a investigação de ESAVI pediátricos, especialmente nos <5 anos, para identificar padrões que possam orientar ajustes operacionais ou de comunicação, reforçar treinamentos sobre monitoramento pós-vacinal, com foco em: unidades de maior volume vacinal, equipes de Estratégia Saúde da Família, serviços de urgência que recebem potenciais eventos, aprimorar o fluxo de notificação da Qdenga, garantindo padronização e completude dos registros, ampliar ações de comunicação de risco, com informações claras à população sobre eventos esperados, sinais de alerta e importância da notificação, monitorar tendências temporais

trimestrais, avaliando se os padrões observados em 2024 se mantêm após intensificação ou redução do calendário vacinal.

O perfil de ESAVI em Goiânia em 2024 demonstra adequada sensibilidade do sistema de vigilância, com maior registro nas faixas de maior atividade vacinal. A vacina Qdenga apresentou distribuição coerente com seu público-alvo e não evidenciou concentrações atípicas. A continuidade da qualificação da vigilância e da comunicação pública favorecerá a manutenção da confiança nos imunizantes e na política municipal de imunização.

Tabela 22 - Notificações de evento supostamente atribuível à vacinação ou imunização entre janeiro e dezembro de 2024, de todas as vacinas e da Qdenga, segundo faixa etária, Goiânia, 2024

Faixa etária	Geral	Qdenga	Total
<5 anos	193	0	193
5-11 anos	32	43	75
12-17 anos	16	25	41
18-29 anos	13	3	16
30-39 anos	24	3	27
40-49 anos	11	7	18
50-59 anos	10	1	11
>60 anos	26	1	27
Total	325	83	408

Fonte: eSUS Notifica. Sujeitos à alteração. Obs.: Notificações referentes a pessoas residentes em Goiânia.

2.2.3. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) — como doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas — respondem por quase três quartos dos óbitos no mundo. Seus determinantes são múltiplos, abrangendo fatores sociais, ambientais, comerciais e genéticos, com impacto global. Anualmente, 17 milhões de pessoas com menos de 70 anos morrem por elas, sendo 86% dessas mortes em países de baixa e média renda. Trata-se, em grande medida, de óbitos prematuros evitáveis.

A redução dos principais fatores de risco — tabagismo, alimentação inadequada, consumo nocivo de álcool, inatividade física e poluição do ar — tem potencial para prevenir ou retardar o desenvolvimento de inúmeras DCNTs e reduzir significativamente a mortalidade. A detecção precoce, a atenção longitudinal e o manejo clínico adequado também são componentes essenciais das estratégias de cuidado (WHO, 2023).

Sem intervenções efetivas, estima-se que 150 milhões de adultos entre 30 e 70 anos morrerão prematuramente por DCNTs na próxima década, impondo grande pressão sobre os sistemas de saúde e comprometendo o desenvolvimento econômico. Embora amplamente evitáveis, exigem respostas coordenadas e multissetoriais para enfrentar determinantes e fatores de risco de forma integrada.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca intervenções de alto impacto, economicamente viáveis e adaptáveis a diferentes contextos nacionais, regionais e locais, abrangendo ações de prevenção e estratégias de gestão das DCNTs. Entre elas, o fortalecimento dos sistemas de saúde, especialmente mediante uma reorientação robusta para a Atenção Primária à Saúde, é fundamental para garantir detecção oportuna, triagem qualificada e tratamento adequado.

Dados recentes da OMS demonstram que metas globais relacionadas às DCNTs, embora ambiciosas, são alcançáveis: países que implementam políticas regulatórias, legislativas e programas estruturados de prevenção e controle, aliados a sistemas de saúde fortes e inclusivos, apresentam melhores indicadores de desempenho.

A pandemia de COVID-19 evidenciou a vulnerabilidade das pessoas que vivem com DCNTs, tanto pelo maior risco de formas graves da infecção quanto pelo impacto da descontinuidade dos serviços, que estiveram entre os mais afetados. Crises humanitárias recentes também reforçam a necessidade de incorporar estas doenças como componente estratégico na preparação e resposta a emergências, dado o agravamento das vulnerabilidades nesses contextos.

As desigualdades e inequidades em saúde se associam diretamente à carga de DCNTs. Em países de baixa renda, o risco de morte prematura grave é o dobro daquele observado em países de alta renda. Nesse cenário, a OMS apresenta um argumento econômico contundente: cada dólar investido nas “melhores compras” recomendadas pela organização gera retorno mínimo de sete dólares até 2030. A adoção integral dessas intervenções possibilitaria reduzir em 15% a mortalidade prematura por DCNTs no mesmo período.

No Brasil também continuam sendo a principal causa de mortes. Dados preliminares do Painel de Monitoramento da Mortalidade Prematura por DCNT do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis do Ministério da Saúde indicam que, em 2024, foram mais de 300 mil mortes por doenças crônicas não transmissíveis no país. Mesmo tendo avançado na redução da mortalidade prematura por essas doenças ao longo das últimas três décadas, o progresso não tem sido suficiente para garantir que o Brasil cumpra a meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas que prevê a redução em um terço dessas mortes até 2030.

As projeções indicam que, mesmo em estados de maior desenvolvimento, a queda não será suficiente, e em regiões mais vulneráveis o cenário é ainda mais crítico, o que coloca diante do país o desafio de fortalecer políticas públicas, ampliar estratégias de prevenção primária, como controle de fatores de risco e promoção de hábitos saudáveis bem como reduzir desigualdades regionais e sociais. Investimentos em atenção primária à saúde, acesso equitativo a diagnóstico e tratamento e campanhas voltadas especialmente aos homens podem ser caminhos para acelerar os avanços. Em Goiânia o cenário é semelhante.

Algumas diretrizes estratégicas para transformar o cuidado das DCNT na Atenção Primária à Saúde orientam gestores na reorganização de serviços, na otimização de recursos e na promoção de respostas mais efetivas às necessidades da população, a saber:

1. Transição para um modelo de cuidado centrado nas pessoas

É necessário superar a predominância de modelos hospitalocêntricos e fortalecer abordagens centradas nas pessoas, famílias e comunidades. Em muitos contextos, os investimentos concentram-se em serviços especializados, deixando a promoção da saúde, a prevenção, o acompanhamento contínuo e a detecção precoce das DCNT fora do alcance de parte significativa da população. Reorientar a rede implica qualificar a APS como porta de entrada, coordenadora do cuidado e espaço privilegiado para ações preventivas e de manejo clínico.

2. Integração do financiamento e da oferta de serviços

A fragmentação de programas e linhas de cuidado compromete a eficiência e a cobertura. Integrar o financiamento — evitando estruturas paralelas para cada doença — e incorporar as ações de prevenção e controle das DCNT nos pacotes essenciais da APS contribui para reduzir sobreposição de esforços, otimizar recursos e ampliar o acesso. Tal integração fortalece a continuidade do cuidado e melhora a capacidade resolutiva dos serviços.

3. Incorporação de inovações em tecnologias e processos de trabalho

Com a rápida evolução das tecnologias em saúde, é fundamental ampliar o acesso a diagnósticos acessíveis, medicamentos essenciais e ferramentas digitais que apoiem o monitoramento, a tele assistência e a gestão do cuidado. A adoção planejada de inovações — combinada com capacitação das equipes e adequação dos fluxos de trabalho — potencializa resultados e fortalece a APS como espaço de cuidado qualificado.

4. Promoção de ações intersetoriais para enfrentar determinantes das DCNT

Os sistemas de saúde, isoladamente, não são capazes de responder à complexidade das DCNT. É imprescindível articular políticas entre setores para atuar sobre determinantes como alimentação, ambiente, condições de trabalho, educação e padrões de urbanização. A construção de agendas intersetoriais coerentes favorece ambientes mais saudáveis e reduz a incidência de fatores de risco na população.

As Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (CSAPS) correspondem a um conjunto de agravos cuja morbidade e mortalidade podem ser total ou parcialmente evitadas por meio de serviços de saúde efetivos, oportunos e acessíveis. Trata-se de um conceito dinâmico, uma vez que sua definição depende das evidências científicas disponíveis em cada período histórico.

Quando a APS não assegura oferta adequada, acesso oportuno e continuidade do cuidado, ocorre uma pressão excessiva sobre os níveis de média e alta complexidade. Isso pode resultar em respostas assistenciais inadequadas, aumento de custos e deslocamentos desnecessários de usuários na rede. Parte relevante dessa demanda é representada pelas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, indicador amplamente utilizado para avaliar o desempenho dos serviços, especialmente no que se refere à capacidade resolutiva e à efetividade da APS.

Estudos vêm sendo desenvolvidos com dados de internações potencialmente evitáveis, mostrando sua estreita relação com as características dos sistemas de saúde, especialmente com a Atenção Primária em Saúde (REHEM, 2011).

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde servem a esta finalidade e vêm sendo realizados em muitos países para identificar lacunas e insuficiências na prestação de serviços de APS. São muito úteis para apoiar a gestão da APS, podendo funcionar como balizadores da sua qualidade e contribuir para a avaliação das políticas de saúde, servindo como sinais de alerta de problemas na organização do sistema de saúde.

Em relação as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde, no município de Goiânia, no acumulado de 2015 a 2024, os maiores volumes foram: angina (17.647), infecção no rim e trato urinário (13.478), doenças cerebrovasculares (12.079), insuficiência cardíaca (11.306) e pneumonias bacterianas (8.125) e as causas com menores internações: anemia (565), hipertensão (637), doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos (664) e infecções de ouvido, nariz e garganta (673) (TABELA 23).

Na análise de grupos de causas e diagnósticos de internações por CSAPS por ciclo de vida em 2024 (dados preliminares), as maiores proporções são observadas no grupo das doenças pulmonares (22,4%), pneumonias bacterianas (13,7%), gastroenterites infecciosas e complicações (12,7%) e epilepsias, nas crianças (0 a 9 anos). Para adolescentes (10 a 19 anos) as causas/diagnósticos mais prevalentes são: infecção no rim e trato urinário (15,2%), infecção da

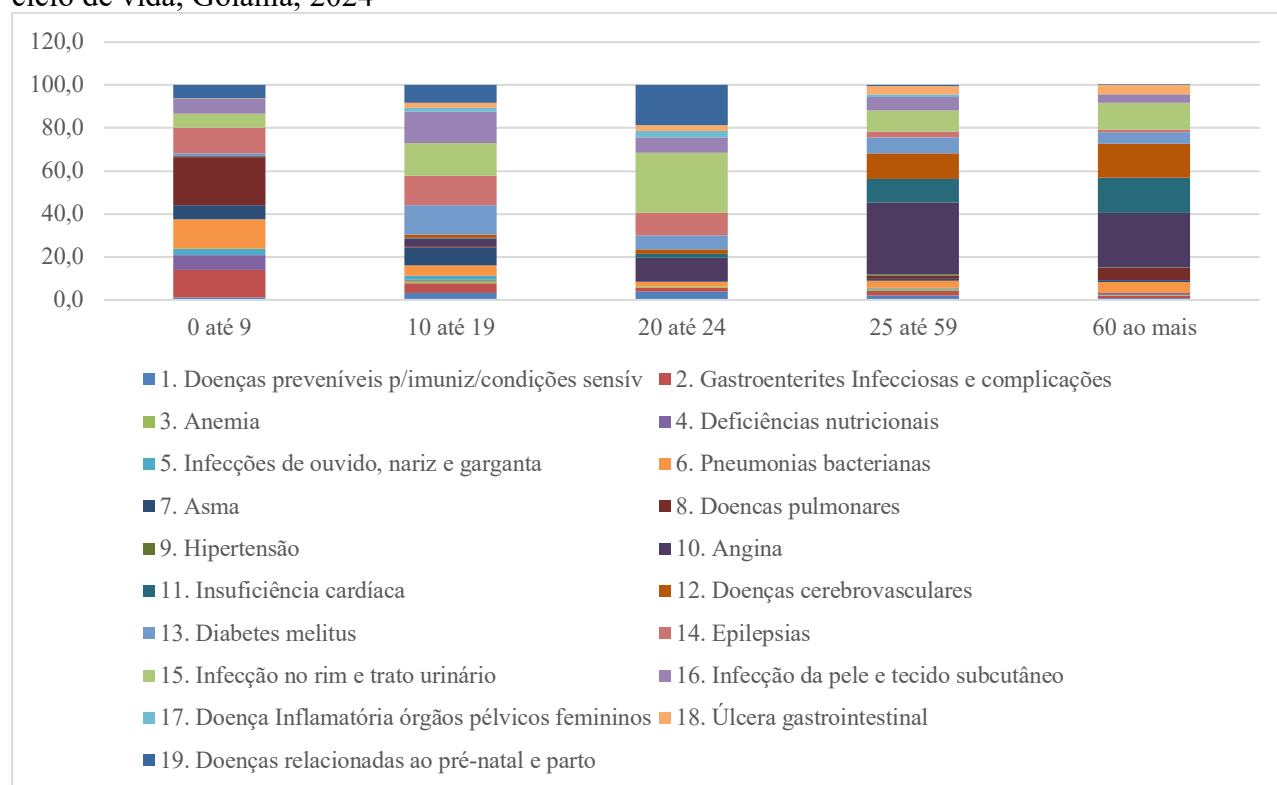
pele e tecido subcutâneo (14,6%), epilepsias (13,9%) e diabetes melitus (13,6%). Para jovens e 20 até 24 anos, destacam-se como as primeiras causas de internações: infecção no rim e trato urinário (28,0%), doenças relacionadas ao pré-natal e parto (18,7%), angina (11,1%) e epilepsias (10,4%). Para 25 até 59 anos: angina (33,5%), doenças cerebrovasculares (11,8%), insuficiência cardíaca (11,0%) e infecção no rim e trato urinário (10,0%). Finalmente, para 60 anos e mais – pessoas idosas: angina (25,3%), insuficiência cardíaca (16,3%), doenças cerebrovasculares (15,9%) e infecção no rim e trato urinário (12,3%) – Gráfico 45.

Tabela 23 - Distribuição de internações por condições sensíveis a atenção básica, Goiânia, 2015 - 2024*

Sensíveis à Atenção Primária em Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensíveis	234	212	213	168	158	162	174	184	186	147
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	873	925	419	222	317	189	138	205	257	332
3. Anemia	69	44	67	56	47	53	94	53	32	50
4. Deficiências nutricionais	108	91	41	48	50	137	154	114	126	150
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	69	99	77	60	59	78	36	50	69	76
6. Pneumonias bacterianas	861	731	992	1.048	1.244	845	478	667	696	563
7. Asma	357	223	274	219	150	70	71	246	391	196
8. Doenças pulmonares	1.146	635	582	494	608	270	238	642	909	640
9. Hipertensão	125	113	87	80	57	50	37	24	31	33
10. Angina	1.818	1.235	1.314	1.245	1.541	1.529	1.717	2.296	2.715	2.237
11. Insuficiência cardíaca	1.601	1.456	1.078	1.051	1.122	873	856	1.080	1.100	1.089
12. Doenças cerebrovasculares	1.263	1.217	1.101	1.119	1.303	1.120	1.103	1.331	1.427	1.095
13. Diabetes melitus	491	370	374	389	394	401	426	469	496	557
14. Epilepsias	255	260	240	273	358	292	333	436	502	412
15. Infecção no rim e trato urinário	1.892	1.681	1.457	1.255	1.348	1.041	1.041	1.177	1.400	1.186
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	661	539	341	319	505	364	350	423	522	589
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	85	59	66	54	63	52	53	77	91	64
18. Úlcera gastrointestinal	190	151	119	207	249	580	209	383	409	340
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	234	226	183	263	288	257	251	271	297	235
Total	12.332	10.267	9.025	8.570	9.861	8.363	7.759	10.128	11.656	9.991

Fonte: SIH/SUS. *Dados preliminares.

Gráfico 45 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde, por ciclo de vida, Goiânia, 2024*



Fonte: SIH/SUS. *Dados preliminares.

A prevenção das doenças crônicas e de seus fatores de risco depende da implementação consistente de políticas públicas de promoção da saúde, educação em saúde e criação de ambientes que favoreçam escolhas saudáveis. Estratégias como campanhas orientativas, regulação da oferta e publicidade de produtos nocivos — a exemplo do tabaco e do álcool — e o fortalecimento de espaços e infraestrutura que estimulem a prática regular de atividade física são componentes essenciais dessa agenda. Tais medidas contribuem para modificar comportamentos populacionais, reduzir exposições e ampliar a proteção à saúde.

Nos casos em que mudanças no estilo de vida não são suficientes para controlar fatores de risco ou condições já instaladas, intervenções clínicas oportunas tornam-se fundamentais. Em situações como hipertensão arterial ou diabetes mellitus tipo 2, a utilização de medicamentos adequados, associada ao acompanhamento contínuo e ao manejo integral das condições, é indispensável para prevenir complicações e reduzir agravos.

Assim, a combinação entre intervenções precoces, ações de promoção e prevenção, e apoio sistemático de profissionais de saúde é determinante para reverter ou mitigar impactos negativos à saúde individual e coletiva. A atuação da Atenção Primária à Saúde, como coordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial do sistema, desempenha papel estratégico nessa abordagem.

Fatores de risco, para DCNT, referem-se às condições ou variáveis ambientais, biológicas, genéticas ou sociais que aumentam a probabilidade de sua ocorrência e/ou de seu agravamento. Fatores de proteção, por outro lado, são condições que atuam na prevenção de aparecimento dessas doenças e/ou reduzem o seu efeito.

Os principais fatores de risco associados às DCNT, modificáveis, são: tabagismo, alimentação não saudável, atividade física insuficiente, excesso de peso e consumo de álcool podem ter impactos negativos sobre a saúde da população. O tabagismo está relacionado a doenças como câncer e problemas cardíacos. A alimentação inadequada, rica em gorduras, açúcares e sal, eleva o risco de obesidade, diabetes, hipertensão e câncer. A realização insuficiente de atividade física contribui para doenças cardiovasculares e metabólicas. O uso excessivo de álcool está associado a doenças hepáticas, transtornos mentais, câncer e acidentes. A prevenção e o tratamento desses fatores envolvem abordagens integradas que incluem mobilização política de acesso e inclusão, educação em saúde, mudança comportamental e, em alguns casos, intervenções clínicas.

De acordo com a última publicação da Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do VIGITEL BRASIL 2023 (BRASIL, 2023), Goiânia possui um percentual de 7,1% de fumantes passivos e 11,1 % de adultos (≥ 18 anos) fumantes, sendo destes 16,1% são do sexo masculino e 6,8% feminino. Quanto ao excesso de peso, o município possui um percentual de 55,0% e 17,7% de obesidade.

A frequência de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividade física no tempo livre (equivalente a pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana) variou de 41,3% para o sexo masculino e 41,4% no sexo feminino, sendo que a inatividade física ficou em 12,7% desta população.

A frequência de adultos que referiram conduzir veículos motorizados após o consumo de bebida alcoólica (qualquer quantidade) em Goiânia foi de ,5%. O consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião, em relação aos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa) ficou em 29,2% para homens e 11,7% para mulheres.

A frequência de adultos que referiram o consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista, entre homens, foi de 15,8% e, no sexo feminino, 12,0%.

A proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de hipertensão arterial em Goiânia foi de 24% em 2023 e diabetes foi de 8,8%.

A frequência de adultos que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças variou entre 16,6% para homens e 21,3% para mulheres. A frequência de adultos que referiram o consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana variou entre 19,1% para homens e 12,9% para mulheres. 20,1% dos goianienses despendem três ou mais horas do seu tempo livre assistindo à televisão em 2023 e 22% despendem três horas ou mais por dia do tempo livre usando computador, tablet ou celular.

Quanto ao acesso da população feminina a serviços de diagnóstico precoce de câncer pode-se estudar a realização do exame de mamografia e do exame de citologia oncológica para câncer de colo do útero no município de Goiânia. 93,5% de mulheres (50 a 69 anos de idade) realizaram mamografia em algum momento de suas vidas e 74,4% nos últimos dois anos, bem como 89,9% de mulheres (25 a 64 anos de idade) realizaram exame de citologia oncológica para câncer de colo do útero em algum momento de suas vidas e 83% nos últimos três anos

2.2.4. INTERNAÇÕES

As Tabelas 24 e 25 apresentam a frequência e valores faturados com internação pelo SUS de residentes em Goiânia, segundo capítulo do CID 10, de 2019 a 2024 (dados preliminares). Observa-se redução gradual no número de internações processadas de residentes em Goiânia nos últimos seis anos, exceto 2022 e 2023, passando de 78.244 internações em 2019 para 77.186 em 2024, apresentando redução de 1,3% e quando comparado a 2023 a redução foi de 6,6%.

Considerando o diagnóstico por capítulo do CID 10, as principais causas de internações em 2024, excetuando gravidez, parto e puerpério, foram lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (18,3 %), doenças do aparelho circulatório (12,0%), doenças do aparelho digestivo (7,0%) algumas doenças infecciosas e parasitárias (6,6%), neoplasias (6,4%) e doenças do aparelho geniturinário (6,2%).

A Tabela 26 apresenta o valor faturado com as internações de residentes em Goiânia, que demonstra aumento de 21,4% no ano de 2019 comparado com 2024, passando de R\$ 124.527.654,35. para R\$ 151.162.296,66.

Segundo o diagnóstico por capítulo do CID10, os maiores faturamentos em 2024 foram às internações por doenças do aparelho circulatório (26%), lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (13,3%), neoplasias (10,0 %), doenças do aparelho respiratório

(7,4%), por algumas doenças infecciosas e parasitárias (6,2%) e algumas afecções originadas no período perinatal (5,6%).

A Tabela 27 apresentam a frequência de internação pelo SUS de ocorridas em Goiânia, segundo capítulo do CID 10, de 2019 a 2024 (dados preliminares). Observa-se aumento gradual no número de internações processadas de em Goiânia nos últimos seis anos, exceto 2020 e 2021, possivelmente pela COVID-19, passando de 154.511 internações em 2019 para 162.519 em 2024, apresentando aumento de 5,2%.

O valor faturado com as internações ocorridas em Goiânia em 2024 (TABELA 27) aumentou quando comparado aos valores faturados em 2019, passando de R\$ 282.065.721,26 para R\$ 345.199.581,74 em 2024. Por outro lado, quando comparado ao ano de 2023 (R\$ 321.840.900,00) observa-se que houve um aumento aproximado de 7,2% no faturamento. E segundo o diagnóstico por capítulo do CID10, os maiores faturamentos foram observados nas internações devido às doenças do aparelho circulatório (26,9%), lesões de envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (14,0%) e Neoplasias (12,4%).

Tabela 24 - Frequência e percentual de internação pelo SUS de residentes em Goiânia, segundo capítulo o CID 10, SMS Goiânia, 2019 a 2024*

Diagnóstico CID10 (Capítulo)	2019		2020		2021		2022		2023		2024*		2023*- 2024*
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Var (%)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.823	4,9	8.541	12,3	15.014	19,6	5.590	7,0	3.681	4,5	5.126	6,6	39,3
II. Neoplasias (tumores)	5.615	7,2	4.943	7,1	4.901	6,4	4.991	6,3	5.350	6,5	4.909	6,4	-8,2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	474	0,6	391	0,6	408	0,5	476	0,6	378	0,5	390	0,5	3,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	880	1,1	747	1,1	843	1,1	862	1,1	975	1,2	1.020	1,3	4,6
V. Transtornos mentais e comportamentais	5.270	6,7	4.727	6,8	4.511	5,9	4.130	5,2	3.382	4,1	3.790	4,9	12,1
VI. Doenças do sistema nervoso	1.564	2,0	1.006	1,5	1.101	1,4	1.421	1,8	1.582	1,9	1.440	1,9	-9,0
VII. Doenças do olho e anexos	1.143	1,5	835	1,2	924	1,2	925	1,2	1.199	1,5	1.171	1,5	-2,3
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	113	0,1	52	0,1	73	0,1	126	0,2	153	0,2	161	0,2	5,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	8.065	10,3	6.838	9,9	7.340	9,6	9.252	11,7	9.686	11,7	9.253	12,0	-4,5
X. Doenças do aparelho respiratório	5.593	7,1	3.518	5,1	2.476	3,2	4.453	5,6	5.524	6,7	4.530	5,9	-18,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	7.169	9,2	5.151	7,4	5.081	6,6	6.282	7,9	7.769	9,4	5.369	7,0	-30,9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.069	1,4	780	1,1	871	1,1	1.014	1,3	1.109	1,3	1.028	1,3	-7,3
VIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2.424	3,1	1.241	1,8	1.356	1,8	1.974	2,5	2.011	2,4	1.635	2,1	-18,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	5.265	6,7	3.659	5,3	3.976	5,2	5.219	6,6	5.416	6,6	4.782	6,2	-11,7
XV. Gravidez parto e puerpério	11.499	14,7	10.575	15,3	10.450	13,6	11.004	13,9	10.892	13,2	10.396	13,5	-4,6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2.412	3,1	2.566	3,7	2.613	3,4	3.120	3,9	3.574	4,3	3.253	4,2	-9,0
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	658	0,8	324	0,5	408	0,5	508	0,6	613	0,7	514	0,7	-16,2
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1.186	1,5	1.077	1,6	924	1,2	1.183	1,5	1.204	1,5	1.158	1,5	-3,8
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	12.741	16,3	10.646	15,4	11.539	15,0	14.887	18,8	15.255	18,5	14.096	18,3	-7,6
XXI. Contatos com serviços de saúde	1.281	1,6	1.599	2,3	1.893	2,5	1.938	2,4	2.854	3,5	3.165	4,1	10,9
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	0,0	2	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0	0	0,0	-100,0
Total	78.244	100,0	69.218	100,0	76.702	100,0	79.357	100,0	82.609	100,0	77.186	100,0	-6,6

Fonte: SIH SUS. *Dados preliminares.

Tabela 25 - Valor faturado (em reais – R\$) e percentual com internações de residentes em Goiânia, pelo SUS, segundo capítulo do CID 10, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.

Diagnóstico CID10 (Capítulo)	2019		2020		2021		2022		2023		2024*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6.395.880,55	5,1	30.774.558,45	23,5	104.428.047,39	52,1	22.399.121,34	15,5	9.044.679,79	6,1	9.401.099,01	6,2
II. Neoplasias (tumores)	13.113.175,88	10,5	12.312.020,24	9,4	11.905.692,75	5,9	12.988.277,84	9,0	13.881.598,37	9,4	15.044.567,92	10,0
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	382.377,84	0,3	332.827,74	0,3	279.846,67	0,1	528.316,32	0,4	417.079,96	0,3	483.114,60	0,3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.746.928,71	1,4	1.111.043,58	0,8	1.324.962,21	0,7	1.550.496,17	1,1	1.975.801,87	1,3	1.954.752,47	1,3
V. Transtornos mentais e comportamentais	6.079.219,62	4,9	5.361.752,86	4,1	5.205.892,27	2,6	5.578.226,60	3,9	5.041.896,52	3,4	5.244.042,08	3,5
VI. Doenças do sistema nervoso	2.552.698,93	2,0	1.943.654,95	1,5	1.971.367,63	1,0	2.462.641,13	1,7	2.550.693,04	1,7	3.113.134,75	2,1
VII. Doenças do olho e anexos	2.359.883,77	1,9	1.752.784,95	1,3	1.949.303,28	1,0	2.009.766,71	1,4	2.794.546,15	1,9	3.081.988,30	2,0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	533.701,80	0,4	84.810,97	0,1	137.989,70	0,1	597.322,50	0,4	402.681,69	0,3	404.904,83	0,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	25.328.412,04	20,3	21.674.225,37	16,6	21.303.640,20	10,6	26.099.937,52	18,1	33.155.258,69	22,5	39.339.033,08	26,0
X. Doenças do aparelho respiratório	10.883.294,61	8,7	9.641.233,55	7,4	6.688.370,90	3,3	10.337.898,18	7,2	12.265.694,87	8,3	11.220.387,93	7,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	7.588.517,35	6,1	6.093.314,19	4,7	5.818.682,95	2,9	7.484.762,27	5,2	11.070.880,46	7,5	7.829.038,19	5,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	931.805,77	0,7	701.274,68	0,5	749.791,30	0,4	897.369,12	0,6	1.031.509,58	0,7	868.010,99	0,6
VIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4.408.309,70	3,5	2.222.528,05	1,7	2.565.043,79	1,3	4.141.642,80	2,9	4.651.077,91	3,2	3.488.625,91	2,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6.608.704,28	5,3	5.159.220,44	3,9	4.647.934,13	2,3	7.091.496,80	4,9	8.098.653,29	5,5	7.972.066,80	5,3
XV. Gravidez parto e puerpério	7.391.547,24	5,9	6.795.208,98	5,2	6.955.961,88	3,5	7.316.071,15	5,1	7.192.404,00	4,9	6.775.572,58	4,5
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	5.565.307,29	4,5	4.846.320,51	3,7	4.819.297,75	2,4	6.344.265,08	4,4	7.064.046,06	4,8	8.432.506,81	5,6
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2.238.811,88	1,8	1.941.687,58	1,5	1.580.072,59	0,8	2.092.942,95	1,4	2.449.749,38	1,7	2.648.605,88	1,8
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1.759.169,10	1,4	1.767.831,61	1,4	1.519.444,44	0,8	1.928.849,77	1,3	1.912.791,16	1,3	2.168.409,27	1,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	17.983.937,82	14,4	15.559.975,39	11,9	15.940.296,02	8,0	21.931.016,41	15,2	21.159.377,18	14,3	20.072.610,42	13,3
XXI. Contatos com serviços de saúde	675.970,17	0,5	635.656,20	0,5	639.755,60	0,3	735.205,05	0,5	1.463.553,40	1,0	1.619.824,84	1,1
XXII. Códigos para propósitos especiais	0,00	0,0	1.168,00	0,0	0,00	0,0	16.239,23	0,0	2.236,98	0,0	0,00	0,0
Total	124.527.654,35	100,0	130.713.098,29	100,0	200.431.393,45	100,0	144.531.864,94	100,0	147.626.210,35	100,0	151.162.296,66	100,0

Fonte: SIH SUS. *Dados preliminares.

Tabela 26 - Frequência e percentual de internação pelo SUS de ocorridos em Goiânia, segundo capítulo o CID 10, SMS Goiânia, 2019 a 2024*

Diagnóstico CID10 (Capítulo)	2019		2020		2021		2022		2023		2024*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6.839	4,4	12.053	8,8	21.109	14,2	9.263	5,9	7.378	4,3	8.689	5,3
II. Neoplasias (tumores)	13.743	8,9	12.387	9,0	12.838	8,6	13.384	8,6	14.502	8,5	14.081	8,7
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	903	0,6	749	0,5	782	0,5	876	0,6	917	0,5	817	0,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.478	1,0	1.331	1,0	1.446	1,0	1.408	0,9	1.774	1,0	1.974	1,2
V. Transtornos mentais e comportamentais	7.130	4,6	6.390	4,6	6.523	4,4	5.644	3,6	4.246	2,5	4.846	3,0
VI. Doenças do sistema nervoso	2.969	1,9	1.913	1,4	2.154	1,4	2.935	1,9	3.537	2,1	3.606	2,2
VII. Doenças do olho e anexos	3.172	2,1	2.129	1,5	2.390	1,6	2.457	1,6	3.137	1,8	2.734	1,7
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	252	0,2	114	0,1	203	0,1	317	0,2	438	0,3	415	0,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	16.305	10,6	15.077	11,0	15.678	10,6	17.456	11,2	18.522	10,8	19.356	11,9
X. Doenças do aparelho respiratório	8.849	5,7	5.580	4,1	4.469	3,0	7.232	4,6	9.542	5,6	8.041	4,9
XI. Doenças do aparelho digestivo	14.204	9,2	9.674	7,0	9.464	6,4	11.294	7,2	14.800	8,6	10.792	6,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.981	1,3	1.593	1,2	1.671	1,1	1.972	1,3	2.086	1,2	1.907	1,2
VIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	5.487	3,6	3.113	2,3	3.389	2,3	4.924	3,2	5.784	3,4	4.947	3,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	9.256	6,0	6.919	5,0	7.305	4,9	9.614	6,2	11.197	6,5	10.695	6,6
XV. Gravidez parto e puerpério	18.518	12,0	17.401	12,7	18.283	12,3	21.550	13,8	21.079	12,3	19.051	11,7
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	5.304	3,4	5.868	4,3	5.969	4,0	7.381	4,7	8.926	5,2	8.410	5,2
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1.605	1,0	1.090	0,8	1.217	0,8	1.399	0,9	1.907	1,1	1.812	1,1
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2.482	1,6	2.245	1,6	1.781	1,2	2.345	1,5	2.600	1,5	2.640	1,6
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	31.291	20,3	28.089	20,4	27.313	18,4	30.516	19,6	33.253	19,4	31.466	19,4
XXI. Contatos com serviços de saúde	2.743	1,8	3.834	2,8	4.572	3,1	4.004	2,6	5.761	3,4	6.240	3,8
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	0,0	3	0,0	1	0,0	2	0,0	4	0,0	0	0,0
Total	154.511	100,0	137.552	100,0	148.557	100,0	155.973	100,0	171.390	100,0	162.519	100,0

Fonte: SIH SUS. *Dados preliminares.

Tabela 27 - Valor faturado e percentual de internações pelo SUS de ocorridos em Goiânia, segundo capítulo o CID 10, SMS Goiânia, 2019 a 2024*

Diagnóstico CID10 (Capítulo)	2019		2020		2021		2022		2023		2024*	
	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12.462.714,96	4,4	43.332.054,60	15,1	150.593.871,51	39,3	30.849.506,51	10,5	16.698.857,88	5,2	15.844.566,78	4,6
II. Neoplasias (tumores)	33.899.924,56	12,0	32.349.306,75	11,3	33.224.160,02	8,7	35.668.967,83	12,1	39.151.920,10	12,2	42.637.044,11	12,4
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	770.516,68	0,3	631.223,58	0,2	643.590,27	0,2	868.680,35	0,3	974.135,90	0,3	909.379,33	0,3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3.389.079,43	1,2	2.254.784,11	0,8	2.486.068,85	0,6	2.554.905,30	0,9	4.619.949,77	1,4	5.067.326,57	1,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	8.341.759,08	3,0	7.654.109,17	2,7	8.066.696,88	2,1	7.681.155,26	2,6	6.497.039,59	2,0	7.351.496,57	2,1
VI. Doenças do sistema nervoso	5.404.217,96	1,9	4.263.192,71	1,5	4.405.865,38	1,1	5.791.813,63	2,0	5.662.660,12	1,8	7.269.332,41	2,1
VII. Doenças do olho e anexos	6.789.063,89	2,4	4.670.877,10	1,6	5.023.720,46	1,3	5.378.890,26	1,8	7.426.410,23	2,3	7.023.836,36	2,0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1.309.036,07	0,5	221.497,75	0,1	668.545,66	0,2	1.939.699,57	0,7	1.521.443,98	0,5	1.241.470,35	0,4
IX. Doenças do aparelho circulatório	62.345.718,64	22,1	57.991.070,04	20,2	54.772.483,34	14,3	56.276.984,17	19,1	67.977.192,61	21,1	92.797.577,38	26,9
X. Doenças do aparelho respiratório	18.229.528,56	6,5	16.168.545,95	5,6	13.174.053,42	3,4	16.154.314,59	5,5	19.908.587,99	6,2	19.243.173,43	5,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	15.352.658,30	5,4	12.704.542,98	4,4	12.208.265,70	3,2	14.400.763,43	4,9	21.092.027,90	6,6	15.894.555,69	4,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.729.070,52	0,6	1.516.184,11	0,5	1.458.939,99	0,4	1.812.648,02	0,6	1.819.799,95	0,6	1.659.545,59	0,5
VIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	11.109.251,98	3,9	5.916.746,32	2,1	6.773.318,72	1,8	10.843.820,97	3,7	14.291.424,85	4,4	11.503.518,12	3,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	13.796.117,76	4,9	12.397.967,04	4,3	11.094.676,07	2,9	14.371.225,87	4,9	17.909.811,72	5,6	18.781.883,80	5,4
XV. Gravidez parto e puerpério	12.466.531,75	4,4	11.816.950,63	4,1	12.942.243,21	3,4	14.905.017,24	5,1	14.510.235,65	4,5	13.098.597,67	3,8
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	15.006.342,72	5,3	15.417.875,68	5,4	13.874.760,41	3,6	16.673.760,07	5,7	19.633.019,40	6,1	20.119.487,77	5,8
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	7.309.322,09	2,6	8.192.918,28	2,9	6.893.456,62	1,8	6.611.948,37	2,2	6.597.275,69	2,0	8.327.061,03	2,4
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4.340.977,89	1,5	4.510.278,89	1,6	3.303.936,51	0,9	3.827.719,19	1,3	3.873.568,69	1,2	4.757.958,23	1,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	46.682.043,25	16,6	43.293.340,35	15,1	40.646.135,99	10,6	46.161.641,66	15,7	48.679.464,50	15,1	48.265.521,24	14,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	1.331.845,17	0,5	1.300.514,39	0,5	1.420.060,77	0,4	1.583.774,97	0,5	2.990.112,35	0,9	3.406.249,31	1,0
XXII. Códigos para propósitos especiais	0,00	0,0	1.212,22	0,0	2.019,07	0,0	16.239,23	0,0	5.961,13	0,0	0,00	0,0
Total	282.065.721,26	100,0	286.605.192,65	100,0	383.676.868,85	100,0	294.373.476,49	100,0	321.840.900,00	100,0	345.199.581,74	100,0

Fonte: SIH SUS. *Dados preliminares.

No ano de 2024 foram realizadas 40.183 internações hospitalares por grupo de procedimentos, de residentes no município de Goiânia, sendo 50,4% de procedimentos clínicos, 45,4% cirúrgicos, 0,2% transplantes de órgãos, tecidos e células. Observou-se uma redução nestas internações ao longo dos anos, especialmente pela mudança na gestão dos hospitais estaduais em Goiânia e internações em hospitais psiquiátricos da rede complementar ao SUS, de 46,2% comparando 2024 em relação a 2019 (TABELA 28).

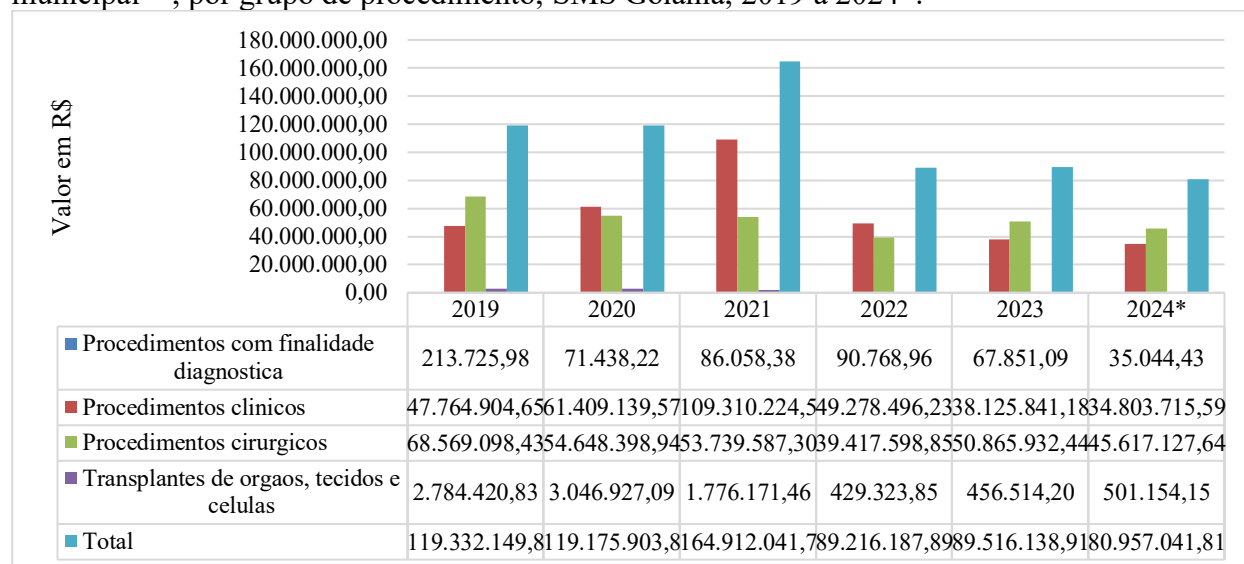
Tabela 28 - Frequência de internação hospitalar no SUS em Goiânia, de residentes, sob gestão municipal**, por grupo de procedimento, de 2019 a 2024*.

Grupo de Procedimentos	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Procedimentos com finalidade diagnostica	249	116	140	41	47	17
Procedimentos clínicos	36.374	34.862	37.961	25.812	23.959	21.862
Procedimentos cirúrgicos	37.758	28.587	29.570	17.947	22.169	18.250
Transplantes de órgãos, tecidos e células	284	228	166	51	40	54
Total	74.665	63.793	67.837	43.851	46.215	40.183

Fonte: SIH-SUS. *Dados preliminares.

O Gráfico 46 apresenta os valores faturados com internações por grupo de procedimentos, de residentes em Goiânia, sob gestão municipal, de 2019 a 2024, sendo destaque para redução no valor faturado nestes períodos

Gráfico 46 - Valor gasto com internação hospitalar no SUS em Goiânia, de residentes, sob gestão municipal**, por grupo de procedimento, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.



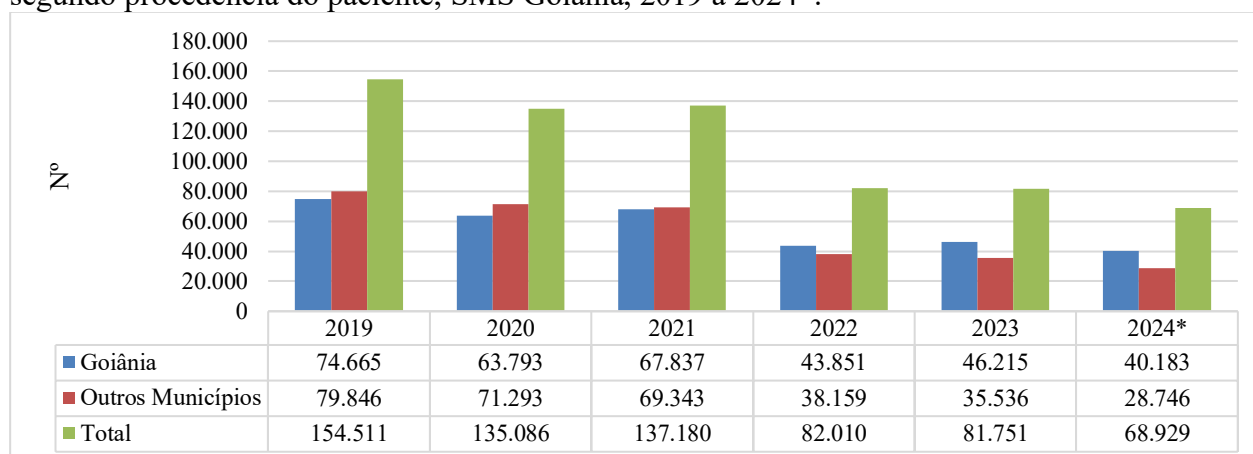
Fonte: SIH-SUS. *Dados preliminares.

Considerando a procedência do usuário (GRÁFICOS 47 e 48), tanto as internações de residentes de Goiânia quanto de outros municípios, quando o custo, em reais (R\$), sob gestão municipal, tiveram reduções significativas, pela mudança de gestão dos hospitais estaduais e

filantrópicos na área de psiquiatria. Uma redução de 55,4% no total das internações e de 42,3% nos custos (R\$).

Em 2024, 58,0% das internações foram de residentes em Goiânia e 50,2% dos custos com pessoas residentes em outros municípios.

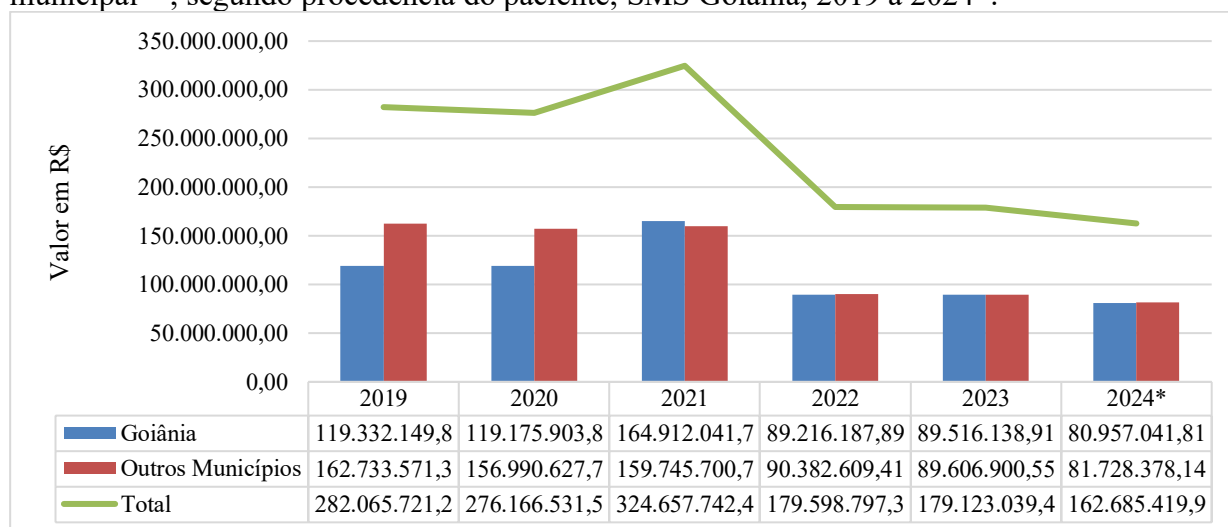
Gráfico 47 - Frequência de internações realizadas no SUS em Goiânia, sob gestão municipal**, segundo procedência do paciente, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.



Fonte: SIH-SUS. *Dados preliminares.

Analisando o valor faturado com internações segundo a procedência do paciente (GRÁFICO 48) em 2020, verifica-se que 57% (R\$ 156.990.627,77) do total faturado (R\$ 276.168.551,59) foram com as internações de usuários de outros municípios e 43% (R\$ 119.175.903,82) internações de moradores de Goiânia.

Gráfico 48 - Valor faturado com internações realizadas no SUS em Goiânia, sob gestão municipal**, segundo procedência do paciente, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.



Fonte: SIH-SUS. *Dados preliminares

Considerando as internações ocorridas e de residentes por leito/especialidade em 2024 (TABELAS 29 e 30), os leitos cirúrgicos e clínicos tiveram maior número de internações e faturamento, tanto para as internações ocorridas quanto para residentes no município de Goiânia. As internações em leito cirúrgico apresentaram maior faturamento em ambas as situações.

Tabela 29 - Número e valores gastos com Internações Hospitalares pelo SUS por leito/especialidade, ocorridos em Goiânia, sob gestão municipal**, SMS Goiânia, 2024*.

Leito\Especialidade	N	%	Valor (R\$)	%
Cirúrgico	30.638	44,4	100.635.412,50	61,9
Obstétricos	10.450	15,2	7.094.693,15	4,4
Clínico	20.181	29,3	35.693.375,99	21,9
Crônicos	123	0,2	101.540,86	0,1
Psiquiatria	1.751	2,5	2.791.814,56	1,7
Pediátricos	5.663	8,2	16.288.736,70	10,0
Leito Dia / Cirúrgicos	62	0,1	27.665,04	0,0
Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante	53	0,1	47.275,91	0,0
Leito Dia / Saúde Mental	8	0,0	4.905,24	0,0
Total	68.929	100,0	162.685.419,95	100,0

Fonte SIH-SUS. *Dados preliminares.

Tabela 30 - Número e valores gastos com internações hospitalares pelo SUS por leito/especialidade, residentes em Goiânia, sob gestão municipal**, SMS Goiânia, 2024*.

Leito\Especialidade	N	%	Valor (R\$)	%
Cirúrgico	15.399	38,3	43.119.581,83	53,3
Obstétricos	6.789	16,9	4.598.453,98	5,7
Clínico	13.468	33,5	23.072.049,71	28,5
Crônicos	100	0,2	85.834,01	0,1
Psiquiatria	1.131	2,8	1.781.821,33	2,2
Pediátricos	3.222	8,0	8.255.394,22	10,2
Leito Dia / Cirúrgicos	49	0,1	21.522,57	0,0
Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante	17	0,0	17.478,92	0,0
Leito Dia / Saúde Mental	8	0,0	4.905,24	0,0
Total	40.183	100,0	80.957.041,81	100,0

Fonte: SIH-SUS. *Dados preliminares

Comparando as internações por leito/especialidade em 2024 em relação a 2019 (TABELAS 31 e 32) houve redução na maioria, exceto nos Leito Dia / Cirúrgicos e Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante que aumentaram. Nas internações de residentes observou-se o mesmo cenário de redução, exceto para leitos crônicos, Leito Dia / Cirúrgicos e Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante.

Tabela 31 - Número de internações hospitalares ocorridas pelo SUS em Goiânia, por leito/especialidade, sob gestão municipal**, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.

Leito\Especialidade	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Cirúrgico	81.354	63.840	65.242	35.001	38.068	30.638
Obstétricos	16.047	14.959	12.994	11.375	11.524	10.450
Clínico	38.556	39.848	42.898	23.952	21.288	20.181
Crônicos	332	199	276	95	109	123
Psiquiatria	6.210	5.428	4.881	4.592	3.945	1.751
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	76	114	100	0	0	0
Pediátricos	10.461	9.828	10.060	6.589	6.770	5.663
Reabilitação	447	157	59	0	0	0
Leito Dia / Cirúrgicos	0	0	0	0	1	62
Leito Dia / Aids	172	86	65	0	0	0
Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante	0	0	0	7	15	53
Leito Dia / Saúde Mental	856	627	567	399	31	8
Total	154.511	135.086	137.142	82.010	81.751	68.929

Fonte: SIH-SUS. *Dados preliminares

Tabela 32 - Número internações hospitalares pelo SUS de residentes em Goiânia, por leito/especialidade em Goiânia, sob gestão municipal**, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.

Leito\Especialidade	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Cirúrgico	34.281	25.257	27.515	15.432	19.393	15.399
Obstétricos	9.708	8.770	7.120	6.612	6.940	6.789
Clínico	21.426	22.054	25.797	15.324	13.575	13.468
Crônicos	149	65	113	73	74	100
Psiquiatria	3.431	2.824	2.495	2.653	2.379	1.131
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	41	55	55	0	0	0
Pediátricos	4.749	4.159	4.217	3.445	3.831	3.222
Reabilitação	222	106	35	0	0	0
Leito Dia / Cirúrgicos	0	0	0	0	1	49
Leito Dia / Aids	54	33	33	0	0	0
Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante	0	0	0	4	2	17
Leito Dia / Saúde Mental	604	470	432	308	20	8
Total	74.665	63.793	67.812	43.851	46.215	40.183

Fonte: SIH-SUS. *Dados preliminares

As internações hospitalares no município de Goiânia ocorreram em 25 estabelecimentos de saúde, públicos e conveniados ao SUS (TABELA 33). Os hospitais que apresentaram maior frequência de internações foram o Hospital do Câncer (11.213), Hospital das Clínicas (8.742), Hospital e Maternidade Dona Íris (7.589), Santa Casa de Misericórdia (7.008), Hospital Santa Lúcia (6.996), Hospital Ruy Azeredo (6.680) e Hospital Municipal da Mulher e Maternidade Célia Câmara (6.538).

Os sete hospitais que apresentaram maior faturamento foram: Hospital do Câncer (R\$ 36.509.363,00), Hospital Ruy Azeredo (35.544.638,88), Santa Casa de Misericórdia (R\$

21.989.370,56, Hospital das Clínicas (R\$ 19.619.845,99), Hospital Municipal da Mulher e Maternidade Célia Câmara (R\$ 9.268.437,72), Hospital Jacob Facuri (R\$ 7.463.563,25) e Hospital e Maternidade Dona Iris (7.360.834,73).

Entre os hospitais que realizaram acima de mil internações no ano de 2024 (TABELA 33) destaca-se o Hospital do Câncer (11.213), Hospital das Clínicas (8.742), Hospital e Maternidade Dona Íris (7.589), Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (7.008), Hospital Santa Lucia (6,996), Hospital Ruy Azeredo (6.680), Hospital Municipal da Mulher e Maternidade Célia Câmara (6.538), Maternidade Nascer Cidadão (3.471), Maternidade e Hospital São Judas Tadeu (2.877), Fundação Banco de Olhos de Goiás (1.948) 3 Hospital Jacob Facuri (1.025).

Tabela 33 - Relação de hospitais que internaram pacientes pelo SUS, número e valor (R\$) das internações, em Goiânia, sob gestão municipal, SMS Goiânia, 2024*.

Hospital GO (CNES)	Frequência	%	Valores em reais (R\$)	%
Hospital Municipal da Mulher e Maternidade Celia Câmara	6.538	9,5	9.268.437,72	5,7
Hospital Jacob Facuri	1.025	1,5	7.463.563,25	4,6
Hospital Santa Lucia	6.996	10,1	5.223.788,81	3,2
Hospital Santa Rosa	553	0,8	1.475.214,01	0,9
Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	7.008	10,2	21.989.370,56	13,5
Fundação Banco de Olhos de Goiás	1.948	2,8	5.048.528,41	3,1
Pronto Socorro para Queimaduras LTDA	37	0,1	125.734,24	0,1
Hospital das Clínicas	8.742	12,7	19.619.845,99	12,1
Hospital Goiânia Leste	3	0,0	8.638,01	0,0
Instituto de Olhos de Goiânia	7	0,0	28.355,03	0,0
Maternidade Nascer Cidadão	3.471	5,0	1.964.747,18	1,2
Gastro Salustiano Hospital	6	0,0	17.873,94	0,0
Hospital São Domingos	623	0,9	269.426,51	0,2
Hospital Coração De Jesus	188	0,3	278.395,31	0,2
Hospital Ruy Azeredo	6.680	9,7	35.544.638,88	21,8
Hospital Neurológico	36	0,1	100.329,01	0,1
Hospital de Câncer	11.213	16,3	36.509.363,00	22,4
Hospital e Maternidade Dona Iris	7.589	11,0	7.360.834,73	4,5
Maternidade e Hospital São Judas Tadeu	2.877	4,2	4.692.040,96	2,9
Casa de Euripedes	828	1,2	1.317.150,95	0,8
IGOPE	489	0,7	827.578,67	0,5
Hospital Santa Catarina	493	0,7	677.272,27	0,4
Instituto Espírita Bатуíra de Saúde Mental	931	1,4	1.479.568,85	0,9
Hospital Ortopédico de Goiânia Geraldo Pedra	33	0,0	272.406,19	0,2
Centro de Referência Em Oftalmologia Universidade Federal de Goiás	615	0,9	1.122.317,47	0,7
Total	68.929	100,0	162.685.419,95	100,0

Fonte: SIH-SUS. *Dados preliminares.

Quando consideramos as internações em UTI e 2024 e distribui-se pela procedência do usuário (TABELA 34) foram 59,0% (4.739) pacientes de Goiânia e 41% de pacientes oriundos de outros municípios (3.287). E o valor faturado com diárias de UTI foi R\$ 68.786.459,59 sendo R\$ 37.942.615,63 (55,2%) de residentes em Goiânia e R\$ 30.843.843,96 de outros municípios (44,8%)

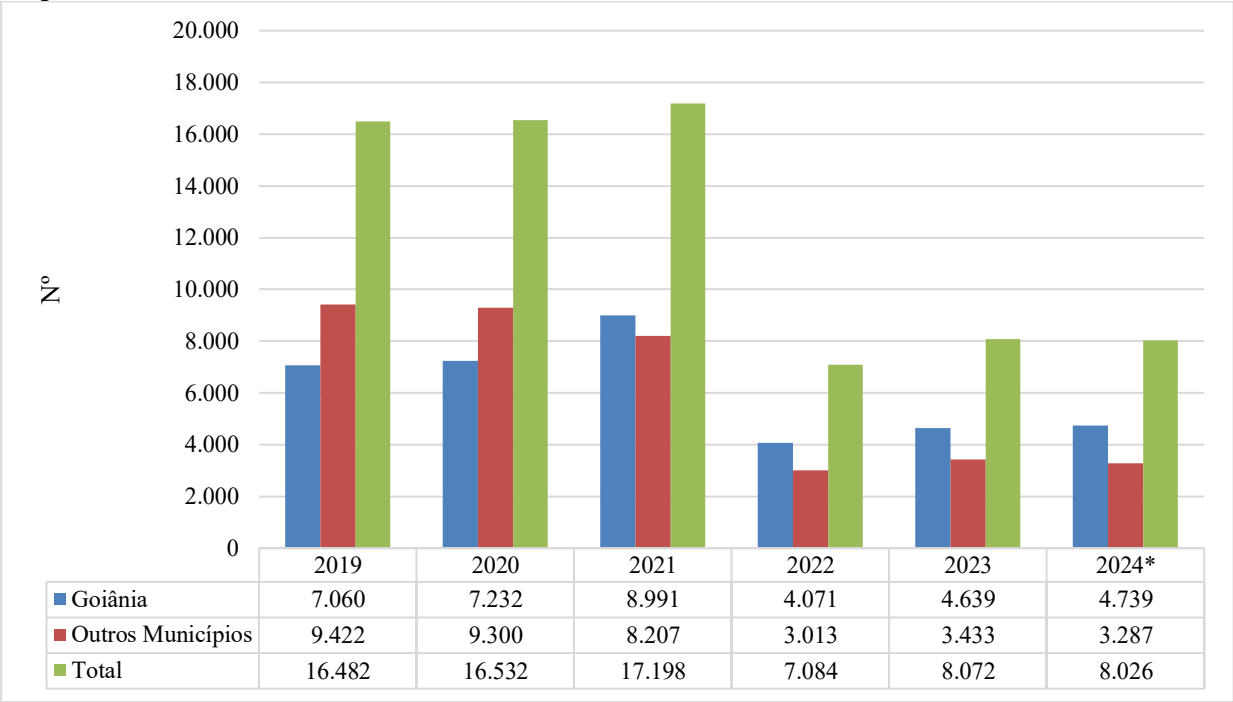
Tabela 34 - Frequência e valor de internações hospitalares em UTI ocorridas em Goiânia, sob gestão municipal, pelo SUS segundo procedência do paciente, 2024*.

Município de Residência	N	%	Valor (R\$)	%
Goiânia	4.739	59,0	37.942.615,63	55,2
Outros municípios	3.287	41,0	30.843.843,96	44,8
Total	8.026	100,0	68.786.459,59	100,0

Fonte: SIH-SUS. *Dados preliminares.

Comparando as internações em UTI em 2024 (GRÁFICO 49) em relação ao mesmo período de 2019 houve 5,3% de redução. Para residentes em Goiânia esta redução foi de 32,9% e para moradores de outros municípios 65,1%. Na comparação com 2024 com 2023 houve aumento de 2,1% para residentes em Goiânia e para moradores de outros municípios houve redução de 4,2%.

Gráfico 49 – Número de internações em UTI pelo SUS ocorridas em Goiânia, segundo procedência do paciente, SMS Goiânia, 2019 a 2024*.



Fonte: SIH-SUS. *Dados preliminares

2.3. PERFIL DE MORTALIDADE

A mortalidade é um dos principais indicadores de saúde, no Brasil e no mundo. A análise de seus níveis, causas e fatores determinantes contribui para compreender dinâmicas populacionais e subsidiar o planejamento e a avaliação de ações e políticas voltadas à melhoria das condições de saúde. Assim, a disponibilidade desses indicadores fortalece a tomada de decisões, orienta o planejamento e permite o monitoramento de objetivos e metas, ampliando a efetividade das intervenções em saúde.

Em 2024 (dados preliminares), considerando os residentes de Goiânia, ocorreram 10.029 óbitos por todas as causas, sendo 53,3% no do sexo masculino, 46,6 % feminino e 0,1% ignorado.

Conforme Tabela 35, observou-se um crescimento do número de óbitos de residentes em Goiânia em 2020 e 2021 em comparação com os anos anteriores e um aumento de 24% em 2020 com o mesmo período de 2019 e de 51,6% de 2021 em relação ao mesmo período, corroborando com a possibilidade de excesso mortes devido a causas diretas e indiretas de COVID-19.

Tabela 35 - Número de óbitos de residentes em Goiânia por sexo, SMS Goiânia, 2015 a 2024*.

Sexo	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Total
Masculino	4.926	4.746	4.882	4.834	4.951	6.193	7.619	5.340	5.086	5.342	53.919
Feminino	3.844	3.673	3.865	3.845	4.040	4.954	6.022	4.575	4.356	4.675	43.849
Ignorado	7	7	13	6	5	3	1	1	2	12	57
Total	8.777	8.426	8.760	8.685	8.996	11.150	13.642	9.916	9.444	10.029	97.825

Fonte: SIM/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares

Quando se analisa os óbitos ocorridos no município de Goiânia (TABELA 36) percebe-se uma semelhança na distribuição de óbitos dos residentes em Goiânia.

Tabela 36 - Número de óbitos de ocorridos em Goiânia por sexo, SMS Goiânia, 2015 a 2024*.

Sexo	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Total
Masculino	7.430	7.478	7.470	7.490	7.587	9.681	12.116	8.577	7.996	8.284	84.109
Feminino	5.936	5.887	6.098	6.035	6.381	7.553	9.419	7.323	6.801	7.071	68.504
Ignorado	12	11	24	9	8	7	1	7	5	28	112
Total	13.378	13.376	13.592	13.534	13.976	17.241	21.536	15.907	14.802	15.383	152.725

Fonte: SIM/Divisão de Informação em Saúde/SMS. * Dados preliminares

Na distribuição dos óbitos por faixa etária de residentes em Goiânia em 2024 (TABELA 37), a maior quantidade de observada foi de 60 anos e mais (72,1%), também chama atenção uma porcentagem de 24,9% de óbitos em jovens e adultos jovens que precisam ser mais bem analisados, pois grande parte são mortes evitáveis.

Observa-se que houve um excesso do número de óbitos na faixa etária de 50 anos acima, apesar proporção ter se ligeiramente estável ao longo dos últimos anos.

Tabela 37 - Número de óbitos de residentes em Goiânia por faixa etária, SMS Goiânia, 2015 a 2024*.

Faixa Etária	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Total
Menor 1 ano	244	265	241	225	250	179	233	190	249	198	2.274
1 a 4 anos	32	38	29	43	40	20	31	43	34	43	353
5 a 9 anos	17	28	34	27	26	20	18	18	14	31	233
10 a 14 anos	40	35	30	27	20	25	24	24	16	22	263
15 a 19 anos	197	154	178	185	118	126	96	76	58	54	1.242
20 a 29 anos	480	453	406	401	385	388	399	295	320	267	3.794
30 a 39 anos	493	450	428	435	410	463	683	392	407	416	4.577
40 a 49 anos	665	602	605	592	590	736	1.210	672	611	664	6.947
50 a 59 anos	1.077	1.050	1.065	996	1.006	1.312	1.938	1.082	980	1.053	11.559
60 a 69 anos	1.452	1.415	1.524	1.523	1.538	2.118	2.691	1.823	1.708	1.823	17.615
70 a 79 anos	1.816	1.688	1.799	1.798	1.920	2.590	2.912	2.206	2.133	2.219	21.081
80 anos e mais	2.229	2.237	2.413	2.427	2.690	3.173	3.403	3.088	2.913	3.071	27.644
Idade ignorada	35	11	8	6	3	-	4	7	1	2	77
Total	8.777	8.426	8.760	8.685	8.996	11.150	13.642	9.916	9.444	9.863	97.659

Fonte: SIM/Divisão de Informação em Saúde/SMS. * Dados preliminares

As principais causas de óbitos ocorridos em Goiânia em 2024 (TABELA 38) foram: doenças do aparelho circulatório (24,4%), neoplasias (20,7%), causas externas de morbidade e mortalidade (10,9%) e doenças do aparelho respiratório (10,4%).

Tabela 38 - Número de óbitos ocorridos em Goiânia por causa básica, SMS Goiânia, 2024*.

Capítulo CID-10	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	921	6,0
II. Neoplasias (tumores)	3.181	20,7
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	62	0,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	633	4,1
V. Transtornos mentais e comportamentais	104	0,7
VI. Doenças do sistema nervoso	624	4,1
VII. Doenças do olho e anexos	1	0,0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	7	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	3.750	24,4
X. Doenças do aparelho respiratório	1.607	10,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.011	6,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	108	0,7
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	108	0,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	589	3,8
XV. Gravidez parto e puerpério	31	0,2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	585	3,8
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	273	1,8
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	104	0,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.683	10,9
Total	15.383	100,0

Fonte: SIM/Divisão de Informação em Saúde/SMS. * Dados preliminares. As causas básicas dos óbitos ocorridos em 2024 estão em fase de investigação, podendo mudar o perfil da mortalidade por capítulo no ano de 2024 em análises futuras.

2.3.1. POR CAUSAS EXTERNAS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece as causas externas (acidentes e violências) tem impacto de milhares de vidas perdidas, incapacidades e sofrimentos, além do envolvimento de outras pessoas, repercutindo na sociedade em geral, as quais se impõem como importante desafio às autoridades públicas.

As causas externas de morbimortalidade estão classificadas no capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10). Esse capítulo abrange os grupos de acidentes, lesões autoprovocadas intencionalmente, agressões, eventos de intenção indeterminada, intervenções legais e operações de guerra, complicações da assistência médica e cirúrgica, sequelas de causas externas e fatores suplementares relacionados a causas de morbidade e mortalidade classificados em outras categorias (WHO, 2019).

Segundo a Lista de Tabulação de Causas Evitáveis para a faixa etária de cinco a 74 anos, as mortes por causas externas são consideradas “reduzíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção da saúde, prevenção e atenção às causas externas”. Já na Lista de Tabulação de Causas Evitáveis para crianças de zero a quatro anos, esses óbitos são classificados como “reduzíveis por ações de promoção da saúde vinculadas a ações de atenção” (Malta et al., 2007).

Para além de uma questão policial e de segurança pública as diversas formas de expressão das causas externas atingem as condições de viver, adoecer e morrer das pessoas, refletindo a perda da qualidade de vida, portanto, considerado um grave problema de saúde pública, sendo necessária fazer da violência uma agenda da saúde coletiva e alvo das políticas públicas de saúde, por sua importância enquanto problema que afeta a saúde individual e coletiva.

Destaca-se a interface da saúde com outros fatores determinantes como estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais, comportamentais, que muitas vezes vem fundamentar e legitimar atos de violência institucionalizada e que devem ser considerados elementos fundamentais para a reflexão quando da elaboração de políticas públicas, as quais resgatam a qualidade de vida de cada cidadão.

Há mais de uma década, os acidentes e violências figuram entre os principais problemas de saúde pública no Brasil, em Goiás e Goiânia devido à sua magnitude e gravidade, afetando principalmente crianças, adolescentes e jovens. Os impactos das violências e acidentes na saúde da população, no SUS e na economia do país, demandam do poder público a adoção de estratégias para o seu enfrentamento, especialmente pela mortalidade prematura, sobrecarga nos serviços de saúde, incapacidade em idade produtiva, aumento dos custos assistenciais o que demanda cada vez mais profissionais de saúde qualificados para seu enfrentamento.

A epidemia dos acidentes e violências demanda do setor saúde uma atenção integral altamente qualificada com profissionais capacitados e um aprimoramento constante da vigilância, prevenção e promoção da saúde e cultura de paz, além de uma Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violências, bem como uma Rede de Atenção Psicossocial que acolha e acompanhe bem, como uma Rede de Atenção às Urgências e Emergências que dê resposta às demandas que chegam nestes serviços, bem como uma Atenção Primária que seja ordenadora do cuidado e protagonista no enfrentamento das violências e acidentes no âmbito da saúde no seu território de atuação em articulação intersetorial.

No Brasil há a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Essa medida relata que os acidentes e as violências são tidos como um conjunto de agravos à saúde, podendo ou não resultarem em mortes. Tal grupo inclui tanto as causas acidentais, como acidentes de trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes, quanto às causas intencionais, que são as agressões e lesões autoprovocadas. Além disso, enfatiza que acidentes e violências, independentes do grau, são passíveis de prevenção (Brasil, 2001).

São vários os impactos causados pela morbimortalidade de causas externas, sejam eles emocionais, físicos e/ou financeiros. Um acidente ou lesão que resulte em incapacidade ou morte de um indivíduo, pode acarretar gastos extras com medicações e tratamentos, e até mesmo, em uma diminuição da renda da família, interferindo na qualidade de vida dos familiares. No que se refere ao país, a OMS revela que os acidentes rodoviários podem custar cerca de 3% de seu Produto Interno Bruto anual, valores que poderiam ser destinados a ações para a população (WHO, 2023a).

Em Goiânia, assim como no Brasil, houve mudanças no perfil de doenças e de saúde da população sendo algumas delas muito acentuadas, como é o caso da queda da fecundidade e do envelhecimento populacional devido a substituição das causas de morbimortalidade da população de doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas. Esta mudança no tipo de ocorrência de doenças associadas às mudanças nos tipos de morte, morbidade e invalidez da população são resultantes de um conjunto de transformações demográficas, sociais e econômicas.

Em 2024 (dados preliminares), foram registrados 10.029 óbitos residentes em Goiânia pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade. Destes, 1.055 (10,5%) óbitos (TABELA 39) ocorreram em decorrência de causas externas.

Tabela 39 - Número de óbitos pelas causas externas em residentes de Goiânia, por sexo, 2017 a 2024*

Sexo	2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	984	79,3	1027	81,6	876	77,2	903	80,1	783	73,4	746	74,1	816	75,4	777	73,6
Feminino	256	20,6	230	18,3	259	22,8	225	19,9	284	26,6	261	25,9	266	24,6	278	26,4
Ignorado	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	1.241	100,0	1.258	100,0	1.135	100,0	1.128	100,0	1.067	100,0	1.007	100,0	1.082	100,0	1.055	100,0

Fonte: SIM/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares.

A série histórica evidencia um padrão consistente de predomínio masculino entre os óbitos por causas externas em Goiânia. Em todo o período analisado, os homens representaram entre 73% e 82% das mortes, mantendo-se como o principal grupo afetado.

De 2017 a 2018, observa-se uma proporção mais elevada de óbitos masculinos (acima de 80% na maior parte dos anos), seguida de uma leve redução relativa a partir de 2019. Ainda assim, mesmo com essa redução gradual, a mortalidade masculina permanece substancialmente superior, alcançando 73,6% em 2024*. Esse comportamento reforça o já reconhecido maior envolvimento de homens, especialmente adultos jovens, em eventos violentos, acidentes e outras situações de risco.

Entre as mulheres, verifica-se um crescimento proporcional ao longo do período, passando de 20,60% em 2017 para 26,4% em 2024*. Apesar de a mortalidade feminina continuar sendo significativamente menor, o aumento relativo sugere mudanças no perfil de exposição a situações externas de risco ou na severidade dos eventos, o que merece monitoramento contínuo.

O total de óbitos por causas externas mostra uma tendência geral de redução ao longo da série, diminuindo de 1.241 registros em 2017 para 1.055 em 2024*, com oscilações intermediárias. Essa redução pode refletir melhorias em políticas de prevenção, ações intersetoriais ou mudanças comportamentais da população, embora fatores como a pandemia de COVID-19 também possam ter influenciado variações nos anos de 2020 e 2021.

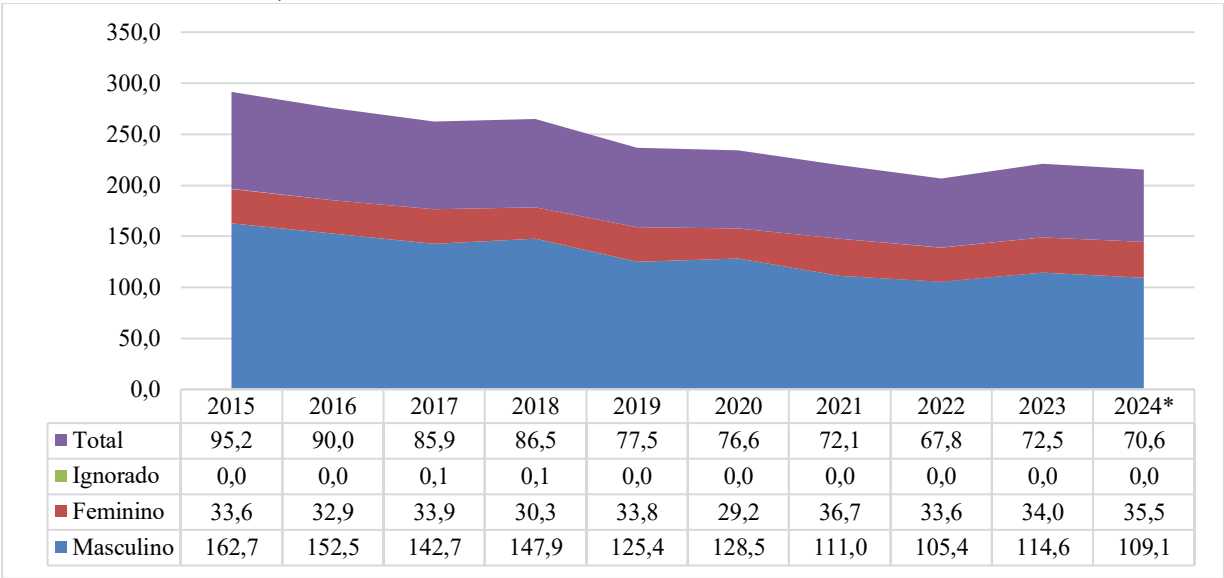
O número de casos com sexo ignorado foi praticamente inexistente, indicando boa qualidade do preenchimento da informação no Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Em síntese, a série histórica confirma a manutenção da sobremortalidade masculina, a leve elevação proporcional feminina e uma redução gradual do número total de óbitos, elementos essenciais para orientar intervenções de prevenção de violências e acidentes no município.

A análise da série histórica revela que a taxa de mortalidade por causas externas (GRÁFICO 50) em residentes de Goiânia apresentou tendência geral de redução entre 2015 e

2024*. Em 2015, o coeficiente era de 95,2 óbitos por 100 mil habitantes, reduzindo para 70,6 óbitos por 100 mil habitantes em 2024*. Apesar de oscilações intermediárias, como os leves aumentos registrados em 2018 e 2023, o comportamento global indica um declínio consistente ao longo do período estudado.

Gráfico 50 - Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) pelas causas externas e por sexo, em residentes de Goiânia, 2015 a 2024*



Fonte: SIM/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares.

A sobre mortalidade masculina permanece evidente em todos os anos analisados. As taxas para o sexo masculino mantêm-se substancialmente superiores às femininas, variando de 162,7 por 100 mil habitantes em 2015 para 109,1 por 100 mil habitantes em 2024*. Ainda que haja redução expressiva, o grupo masculino continua concentrando a maior carga de mortalidade por causas externas no município, o que é compatível com os padrões observados nacionalmente para acidentes e violências.

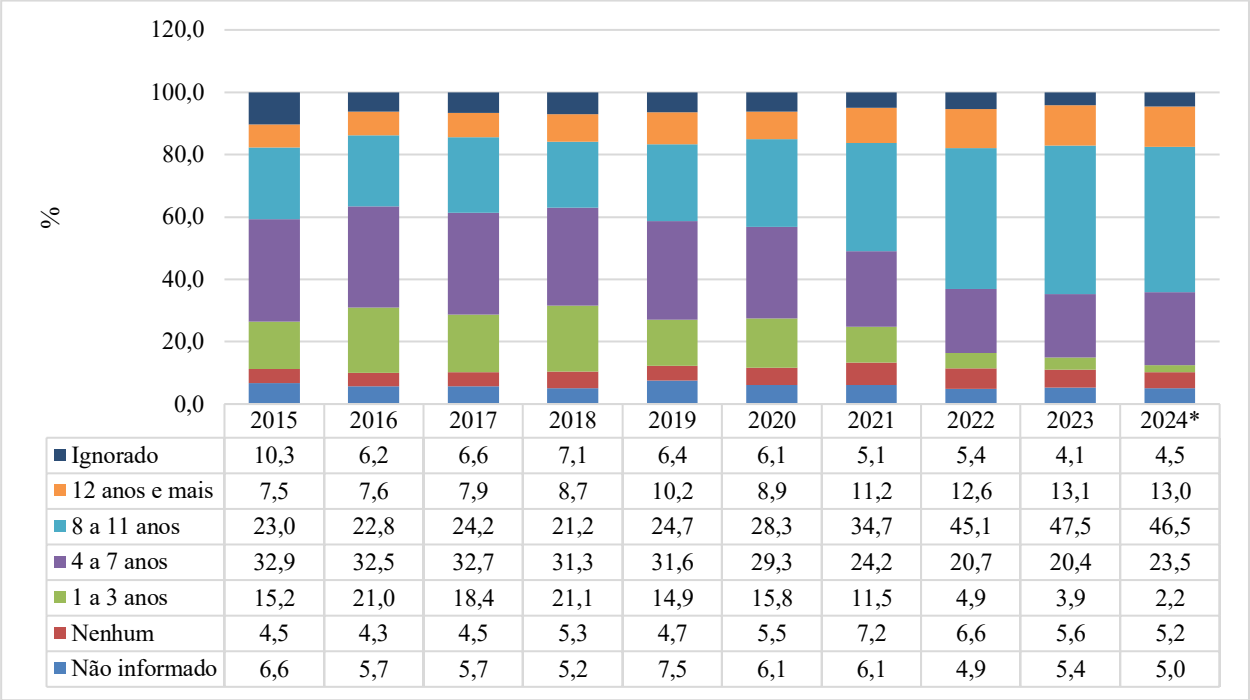
Entre as mulheres, observa-se estabilidade das taxas, com valores entre 29 e 37 óbitos por 100 mil habitantes ao longo da série. Em 2024*, a taxa feminina foi de 35,5 por 100 mil habitantes, mantendo comportamento distinto do observado entre os homens, com menor variabilidade e menor exposição a eventos de maior letalidade, como agressões e acidentes de trânsito.

A diferença entre os sexos, embora ainda significativa, apresenta redução relativa ao longo do período: em 2015, a taxa masculina era aproximadamente cinco vezes maior que a feminina, enquanto em 2024* essa razão cai para pouco mais de três vezes. Essa mudança sugere avanços mais marcantes na redução da mortalidade masculina, possivelmente influenciados por ações de prevenção, intervenções de segurança urbana e melhorias no atendimento pré-hospitalar.

Em síntese, os dados indicam que, embora a mortalidade por causas externas apresente queda no município, o padrão de maior vulnerabilidade masculina se mantém. Esses resultados reforçam a necessidade de estratégias contínuas e focalizadas, especialmente voltadas para a população masculina, com ênfase em prevenção da violência, promoção da segurança no trânsito e qualificação das ações intersetoriais voltadas à redução dos eventos fatais evitáveis.

A análise da proporção de óbitos por causas externas segundo a escolaridade dos residentes de Goiânia, no período de 2015 a 2024 (GRÁFICO 51), revela importantes mudanças no perfil sociodemográfico das vítimas e oferece subsídios relevantes para o planejamento das ações de vigilância em saúde, prevenção da violência e promoção de ambientes seguros. O comportamento da série evidencia, ao longo dos anos, tanto a evolução da qualidade das informações registradas nas Declarações de Óbito quanto a redistribuição dos eventos letais entre diferentes estratos educacionais.

Gráfico 51 - Proporção (%) de óbitos pelas causas externas em residentes de Goiânia, por escolaridade, 2015 a 2024*



Fonte: SIM/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares.

Observa-se inicialmente que a maior concentração de óbitos por causas externas se manteve, durante toda a série histórica, nos grupos com escolaridade intermediária, especialmente entre indivíduos com 4 a 7 anos e 8 a 11 anos de estudo. Esses estratos corresponderam, de forma contínua, às maiores proporções anuais, evidenciando a persistência de vulnerabilidades associadas à baixa escolaridade. Entretanto, a partir de 2021, nota-se uma mudança expressiva na

composição percentual: o grupo de 8 a 11 anos passa a registrar crescimento acentuado, atingindo seus maiores valores entre 2022 e 2024. Esse aumento pode refletir a maior representatividade dessa escolaridade entre jovens e adultos jovens, faixa etária mais afetada por óbitos externos, além de possíveis mudanças nos padrões de violência e acidentes no território.

Em contraposição, os grupos de escolaridade muito baixa, como 1 a 3 anos e nenhum, apresentam redução progressiva após 2020, sugerindo alterações demográficas na população residente, além de potencial qualificação do preenchimento das informações de escolaridade. Esta hipótese é sustentada pela queda consistente dos registros classificados como ignorado ou não informado, que diminuem ao longo da série e, especialmente a partir de 2021, tornam-se proporcionalmente menores. A melhoria na completude dos dados reforça a confiabilidade das análises recentes e a maior precisão na atribuição do nível educacional das vítimas.

Outro aspecto relevante é o crescimento gradual da participação do grupo 12 anos e mais, que passa de aproximadamente 7% em 2015 para cerca de 13% em 2024. Embora ainda represente uma fração menor do total, essa tendência aponta para uma diversificação do perfil das vítimas, indicando que mortes por causas externas vêm atingindo também indivíduos com maior escolaridade, o que pode estar relacionado a transformações contextuais, mobilidade urbana, mudanças no mercado de trabalho e maior heterogeneidade social entre as vítimas.

De forma geral, os resultados demonstram que as causas externas em Goiânia continuam concentradas entre indivíduos de menor escolaridade, refletindo desigualdades sociais estruturais e maior exposição a situações de violência e acidentes, especialmente aqueles relacionados ao trânsito e aos ambientes urbanos periféricos. Contudo, as mudanças observadas nos anos mais recentes sugerem um deslocamento da distribuição educacional das vítimas e ressaltam a necessidade de estratégias de prevenção que considerem a dinâmica social e educacional do território.

Conclui-se que o período analisado revela tanto a persistência da vulnerabilidade associada à baixa escolaridade, quanto uma reconfiguração recente do perfil educacional das vítimas de causas externas, marcada pelo aumento das proporções entre aqueles com ensino fundamental completo e ensino médio. Essa tendência reforça a importância de políticas intersetoriais de prevenção da violência, educação para o trânsito, fortalecimento de redes de proteção social e ações de promoção da saúde voltadas especificamente aos grupos mais atingidos, sobretudo adolescentes e adultos jovens.

As desigualdades raciais são estruturantes da desigualdade social brasileira, por isso, a apresentação de dados desagregados por cor da pele/raça tem se constituído em importante estratégia para desnaturalizar a coincidência que equivocadamente se apresenta entre

desigualdades sociais e raciais, reduzindo a questão racial a um subproduto da desigualdade socioeconômica.

Em relação à raça/cor da pele, as pessoas pardas concentraram a maior proporção destas mortes em todos estes anos e se somado à preta, a população negra é a que apresenta as maiores proporções de mortalidade por raça/cor da pele, seguidos dos indivíduos brancos, com isso, pode-se afirmar que as pessoas pardas e pretas morrem mais cedo que os brancos, num cenário de aprofundamento das desigualdades raciais nos indicadores sociais da violência (GRÁFICO 52).

A análise da distribuição proporcional dos óbitos por causas externas em residentes de Goiânia, segundo raça/cor, no período de 2015 a 2024*, evidencia um padrão consistente de desigualdade entre os grupos populacionais. Observa-se que as pessoas pardas concentram, em todos os anos avaliados, a maior proporção desses óbitos, variando de 57,2% (2024*) a 67,5% (2017). Esse predomínio reafirma a maior exposição desse grupo a contextos de vulnerabilidade social, violência e condições de risco, aspectos frequentemente associados às desigualdades estruturais que impactam os perfis de morbimortalidade no país.

A população branca constitui o segundo maior grupo afetado, com proporções que oscilaram entre 27,4% (2018) e 36,9% (2024*). Nota-se, especialmente a partir de 2021, um incremento gradual na participação desse grupo, o que pode refletir mudanças no perfil demográfico da cidade, variações na exposição a fatores de risco ou diferenças na dinâmica dos eventos externos pós-pandemia.

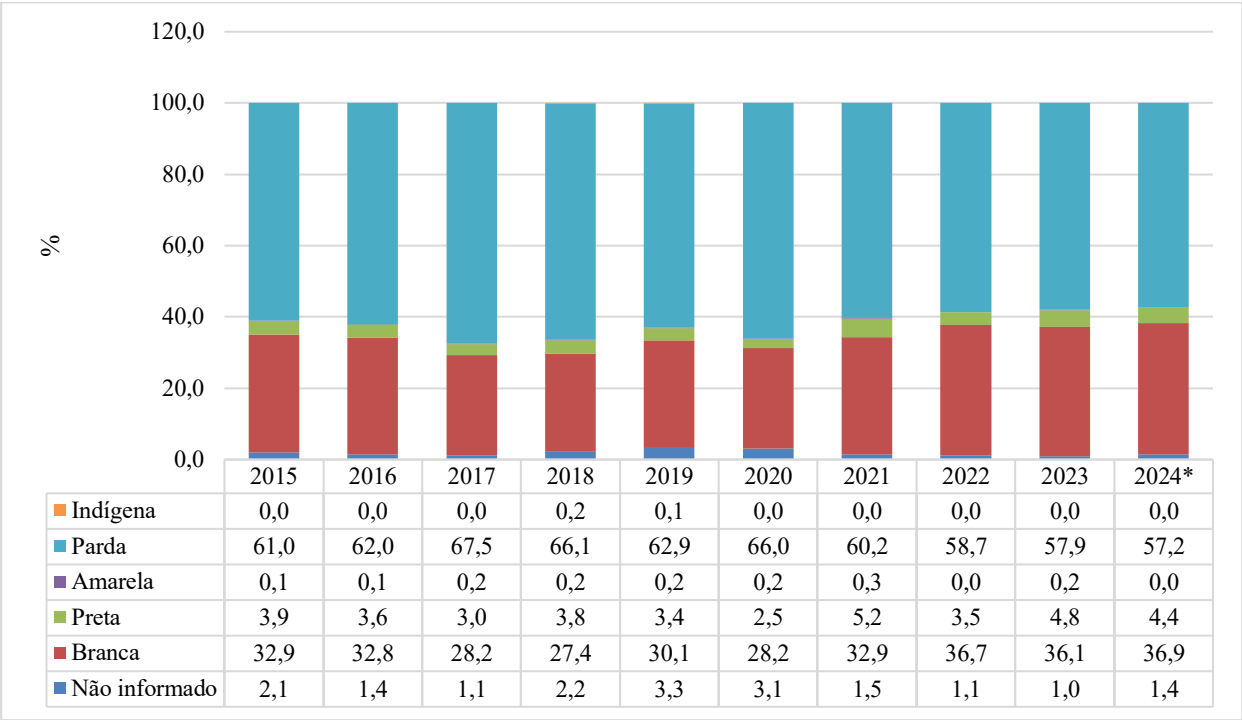
No caso da população preta, as proporções variaram entre 2,5% (2020) e 5,2% (2021), com discreto aumento nos anos mais recentes. Apesar de representar um percentual menor no conjunto geral, essa elevação sugere a necessidade de atenção específica, considerando que a população preta também enfrenta vulnerabilidades historicamente associadas às iniquidades sociais.

Os grupos amarelo e indígena apresentaram percentuais residuais ao longo de todo o período, permanecendo abaixo de 0,3% e 0,2%, respectivamente. Esses valores podem refletir a baixa representatividade populacional desses grupos no município, mas também podem estar relacionados a possíveis limitações na qualidade da informação. Em contrapartida, a categoria “não informado” apresentou redução expressiva ao longo dos anos, passando de 2,1% em 2015 para 1,4% em 2024*, indicando melhora no preenchimento da variável raça/cor no Sistema de Informações sobre Mortalidade.

De forma geral, o comportamento das proporções se mantém relativamente estável ao longo da série histórica, com predominância marcante da população parda. Esse padrão reforça a necessidade de políticas públicas intersetoriais voltadas à prevenção da violência, redução de

desigualdades e promoção da equidade em saúde, especialmente entre grupos historicamente mais vulneráveis.

Gráfico 52 - Proporção (%) de óbitos por causas externas em residentes de Goiânia, por raça/cor, 2015 a 2024*

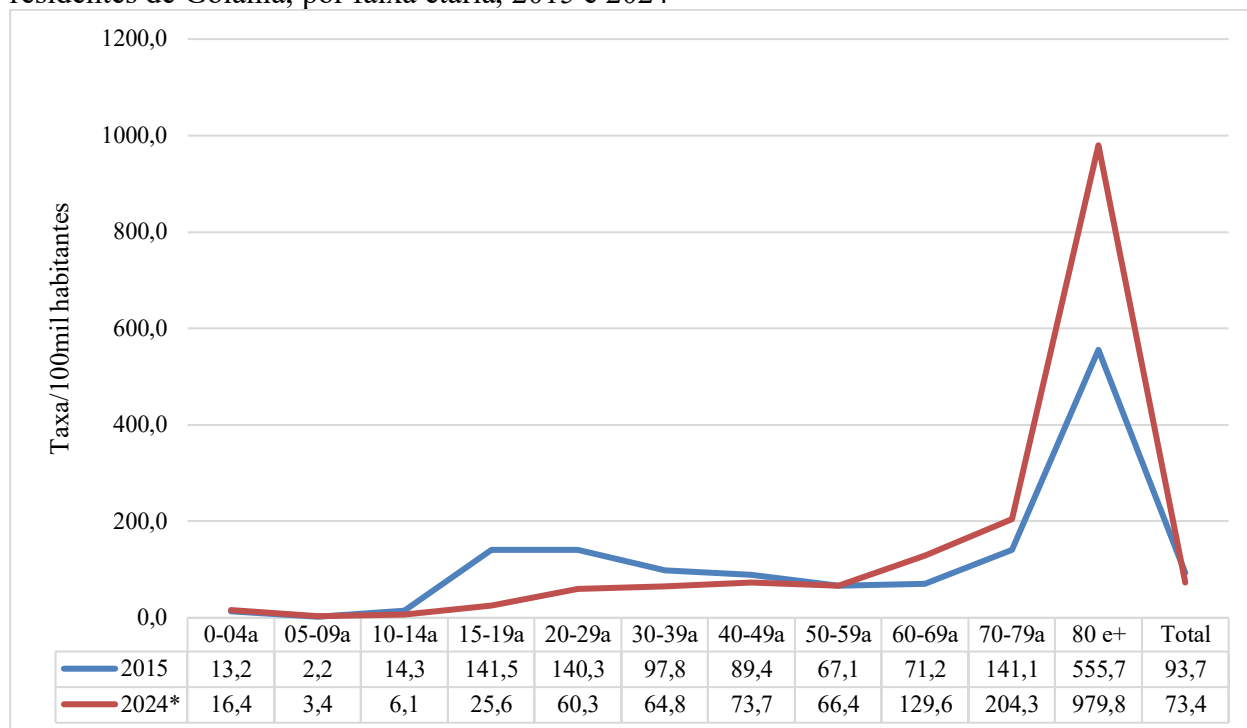


Fonte: SIM/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares.

O Gráfico 53 mostra que, embora a mortalidade por causas externas aumente com a idade em ambos os anos analisados, o perfil desses óbitos mudou entre 2015 e 2024. Em 2015, as maiores taxas estavam concentradas entre adolescentes e adultos jovens, especialmente no grupo de 15 a 29 anos. Em 2024, observa-se uma redução expressiva desses coeficientes nessas faixas, indicando possível avanço em ações de prevenção da violência e acidentes.

Por outro lado, houve um aumento marcante da mortalidade entre idosos, sobretudo no grupo de 80 anos ou mais, cuja taxa praticamente dobrou em comparação com 2015. Esse crescimento pode estar relacionado ao envelhecimento populacional e à maior vulnerabilidade a acidentes e lesões nessa faixa etária. Mesmo com essa elevação entre idosos, a taxa geral de mortalidade por causas externas apresentou queda no período, passando de 93,7 em 2015 para 73,4 em 2024, sugerindo melhora local, embora acompanhada de novos desafios para a proteção da população idosa.

Gráfico 53 - Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) de óbitos por causas externas em residentes de Goiânia, por faixa etária, 2015 e 2024*



Fonte: SIM/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares.

2.3.2. PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representa um dos principais desafios de saúde pública no Brasil e no mundo. Considera-se morte prematura aquela que ocorre entre 30 e 69 anos de idade, faixa etária em que a maior parte da população se encontra economicamente ativa. As DCNT — como doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas — são responsáveis por parcela significativa desses óbitos, impactando diretamente a produtividade, a qualidade de vida e os custos em saúde.

A persistência da mortalidade prematura por DCNT está fortemente associada à presença de fatores de risco modificáveis, dentre os quais se destacam o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e a hipertensão arterial. Esses fatores, frequentemente determinados pelo contexto socioeconômico, ambiental e cultural, contribuem para a carga crescente de agravos crônicos.

Nas últimas décadas, políticas públicas nacionais e internacionais têm priorizado a redução da mortalidade prematura por DCNT, alinhadas às metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil. Entre as estratégias adotadas, destacam-se a ampliação do acesso aos serviços de atenção primária, o

fortalecimento das ações de promoção da saúde, a adoção de medidas regulatórias (como restrição ao tabaco e à propaganda de alimentos ultraprocessados), além da melhoria do manejo clínico das condições crônicas.

O monitoramento contínuo dos indicadores de mortalidade prematura é fundamental para avaliar a efetividade das intervenções e orientar decisões estratégicas. A análise sistemática desses dados permite identificar tendências, desigualdades e grupos populacionais mais vulneráveis, subsidiando planos de ação que visam reduzir a ocorrência de óbitos evitáveis e melhorar a saúde da população.

Assim, a redução da mortalidade prematura por DCNT depende da integração de políticas de prevenção e controle, do fortalecimento da rede de atenção à saúde e da promoção de ambientes que favoreçam escolhas saudáveis, contribuindo para o aumento da expectativa de vida e para o desenvolvimento social e econômico do país.

Entre 2015 e 2024*, observa-se que a taxa de mortalidade prematura pelas quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis em residentes de Goiânia apresenta um comportamento oscilatório, sem tendência linear clara de aumento ou redução sustentada ao longo da série histórica (GRÁFICO 54).

O período inicia em 2015 com taxa de 293,8 por 100 mil habitantes, seguida de queda em 2016 (279,3). Em 2017 há novo crescimento, alcançando 294,1, o maior valor da série, e subsequente redução em 2018 (282,5). Em 2019 ocorre leve elevação (285,2), seguida pelo menor valor da série em 2020 (272,4), ano marcado por impactos da pandemia de COVID-19, que podem ter influenciado tanto o acesso aos serviços de saúde quanto o perfil de mortalidade.

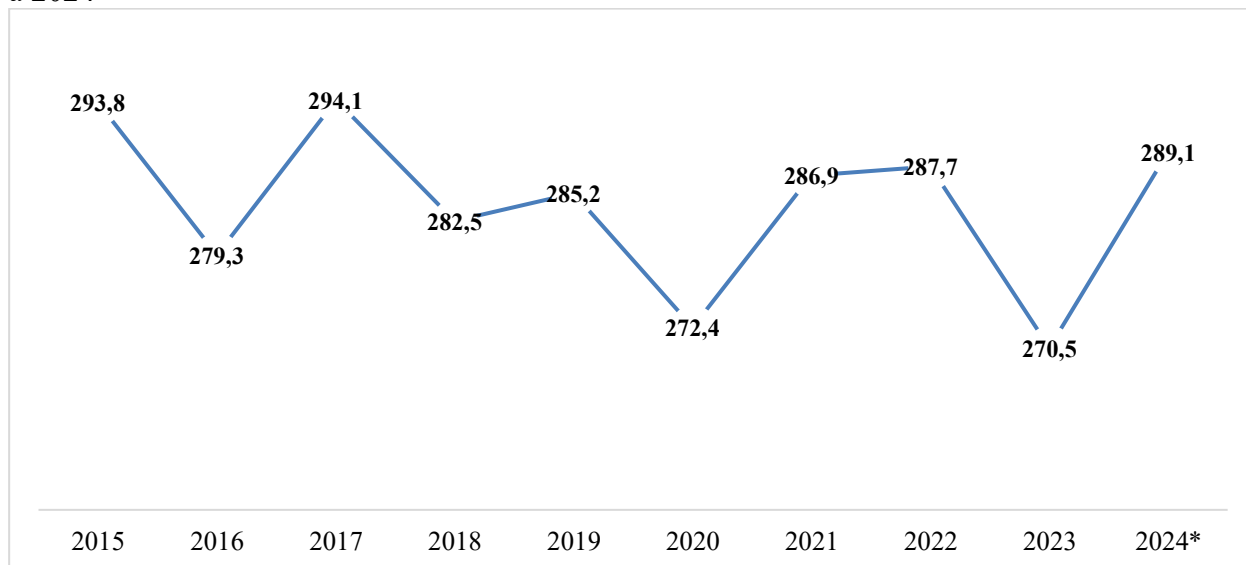
A partir de 2021, verifica-se nova alta, atingindo 286,9 e, em 2022, 287,7, valores próximos aos picos anteriores. Em 2023 há nova redução expressiva para 270,5, caracterizando uma das quedas mais acentuadas do período. Já em 2024*, observa-se recuperação importante, com a taxa chegando a 289,1, aproximando-se novamente de patamares elevados observados em anos anteriores.

De modo geral, as oscilações anuais mostram que, embora haja períodos de melhora, a mortalidade prematura pelas DCNT permanece elevada e relativamente estável ao longo de toda a série, indicando desafios persistentes para o controle dessas condições crônicas. O valor preliminar de 2024* sugere possível recrudescimento após a queda registrada em 2023, o que reforça a necessidade de manutenção e fortalecimento das políticas de prevenção, detecção precoce e manejo adequado das DCNT na rede de atenção à saúde.

O Brasil possui o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 com um dos compromissos de reduzir a

mortalidade prematura pelas principais DCNT de 2,22% ao ano e Goiânia ainda enfrenta desafios a serem enfrentados para efetivação na redução destas metas anuais. Estudos mais aprofundados sobre este indicador merece ser feito.

Gráfico 54 - Taxa de mortalidade prematura pela 4 principais DCNT, residentes em Goiânia 2015 a 2024*



Fonte: SIM/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares.

2.3.3. POR NEOPLASIAS

O câncer é uma das principais causas de morte em todo o mundo, sendo responsável por quase 10 milhões de óbitos em 2020, ou quase uma em cada seis mortes.

Os tipos de câncer mais comuns são os de mama, pulmão, cólon e reto e próstata.

Cerca de um terço das mortes por câncer são atribuídas ao uso de tabaco, alto índice de massa corporal, consumo de álcool, baixa ingestão de frutas e vegetais e falta de atividade física. Além disso, a poluição do ar é um importante fator de risco para o câncer de pulmão.

Infecções causadoras de câncer, como o papilomavírus humano (HPV) e a hepatite, são responsáveis por aproximadamente 30% dos casos de câncer em países de baixa e média-baixa renda.

Muitos tipos de câncer podem ser curados se detectados precocemente e tratados de forma eficaz.

Em Goiânia, as neoplasias foram responsáveis por 1.670 mortes em 2015 e 1.888 em 2024 (dados preliminares) (QUADRO 1). A taxa de mortalidade em 2015 foi de 117,3/100 mil

habitantes e atinge 126,3 em 2024 (dados preliminares). O maior valor registrado foi de 128,8 em 2019. De 2016 (116,5) a 2019 (128,8), a taxa apresentou um aumento expressivo, com um pico. De 2021 (115,4) a 2024 (126,3), nota-se um novo período de crescimento após a queda, com a taxa em 2024 se aproximando do pico de 2019.

Houve uma leve queda inicial de 2015 (117,3) para 2016 (116,5), que foi o menor valor da série. Observa-se uma queda acentuada após o pico de 2019 (128,8), chegando a 115,4 em 2021. Essa redução coincide com o período inicial da pandemia de COVID-19 (2020-2021), que pode ter impactado o registro e a notificação de óbitos por outras causas, ou devido a fatores de saúde pública específicos. Entre 2022 (123,4) e 2023 (123,0), a taxa se manteve relativamente estável.

Quadro 1 - Variação ano a ano da taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por neoplasias em residentes de Goiânia – 2015 a 2024*

Ano	Taxa (por 100 mil hab.)	Variação Anual	Comentário Principal
2015	117,3	-	Ponto de partida.
2016	116,5	↓ -0,8	Valor mais baixo da série.
2017	123,1	↑ +6,6	Grande aumento.
2018	122,2	↓ -0,9	Leve recuo.
2019	128,8	↑ +6,6	Pico máximo da série.
2020	118,3	↓ -10,5	Maior queda absoluta (coincidindo com a pandemia).
2021	115,4	↓ -2,9	Próximo ao mínimo da série.
2022	123,4	↑ +8,0	Maior aumento absoluto da série.
2023	123,0	↓ -0,4	Estabilidade.
2024*	126,3	↑ +3,3	Valor estimado em alta.

Fonte: SIM/MS. *Dados preliminares.

Apesar da forte oscilação, incluindo a queda observada no período 2019-2021, a série histórica (2015 a 2024*) indica que a mortalidade por neoplasias em Goiânia está em um patamar superior ao observado no início do período. O valor projetado para 2024 (126,3/100 mil habitantes) está significativamente acima do ano inicial (117,3), confirmando uma tendência de longo prazo para o aumento da taxa.

Essa tendência crescente pode estar relacionada a fatores como o envelhecimento populacional, a melhoria do diagnóstico e registro de casos, e a prevalência de fatores de risco na população.

A queda brusca observada nas taxas de mortalidade por neoplasias nos anos de 2020 e 2021 (os anos mais críticos da pandemia de COVID-19) sugere fortemente um fenômeno de subnotificação ou mascaramento de causas, e não uma melhoria real no controle do câncer.

Houve uma redução significativa no número de procedimentos com finalidade diagnóstica (biópsias, exames de imagem, laudos anatomopatológicos) e tratamentos oncológicos (cirurgias, quimioterapias) em todo o Brasil e na Região Centro-Oeste, assim como Goiânia.

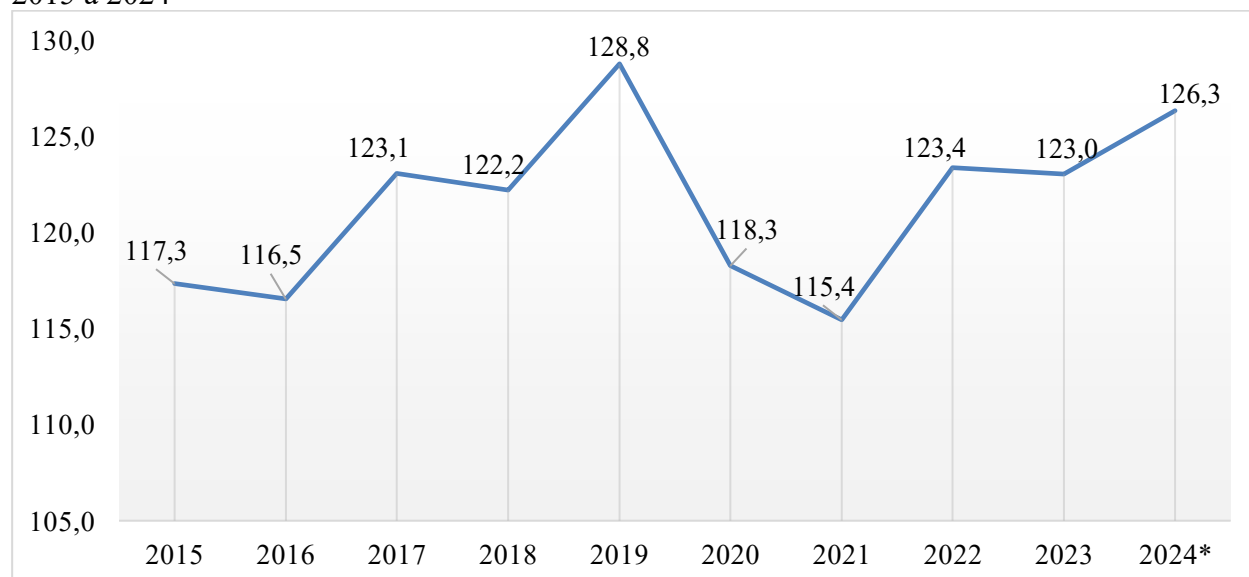
O medo do contágio, o cancelamento/adiamento de consultas eletivas e a reorganização dos serviços de saúde para atenderem a demanda de COVID-19 levaram ao diagnóstico tardio.

Em muitos casos, óbitos que ocorreram em pacientes com câncer e COVID-19 podem ter tido a COVID-19 registrada como causa básica da morte no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), subnotificando a neoplasia. Necessita de mais estudos para analisar estas hipóteses.

Após 2021, a taxa de Goiânia dispara novamente (115,4 para 123,4 em 2022 e 126,3 em 2024*). Esse forte aumento em 2022 (+8,0) e a manutenção em patamares elevados sugerem o chamado "represamento de casos". Os diagnósticos atrasados durante 2020-2021 levaram a um maior número de casos em estágio avançado, resultando em mais óbitos nos anos seguintes.

A queda na taxa de mortalidade por neoplasias em Goiânia em 2020 e 2021 é provavelmente um indicador de uma crise no sistema de diagnóstico e tratamento, e não uma melhoria real na saúde oncológica da população (GRÁFICO 55). O aumento subsequente em 2022, 2023 e 2024* (aproximando-se do pico de 2019) é o provável reflexo desse atraso.

Gráfico 55 - Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por neoplasias em residentes de Goiânia, 2015 a 2024*



Fonte: SIM/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares.

Os dados mostram 935 óbitos por neoplasias malignas em homens residentes em Goiânia em 2024 (dados preliminares), sendo os dez principais tipos responsáveis por 69% de todas as

mortes masculinas por câncer. A distribuição confirma o padrão observado nacional e mundialmente, com câncer de próstata, pulmão e cólon constituindo o núcleo de maior impacto na mortalidade masculina (TABELA 40).

Câncer de próstata permanece como o mais frequente entre os homens (16,0%), alinhado com o perfil epidemiológico nacional. Câncer de pulmão é o segundo mais prevalente (10,2%), mantendo alta letalidade. Neoplasias gastrointestinais (cólon, pâncreas, estômago, reto e esôfago) somam 32,3% dos óbitos masculinos. Neoplasias de fígado e vias biliares (4,9%), além do encéfalo (4,8%), aparecem em níveis compatíveis com o crescimento observado no Brasil. Bexiga (3,4%) fecha o ranking, mantendo estabilidade em relação a anos anteriores.

Os dados de Goiânia em 2024 evidenciam que a mortalidade masculina por neoplasias segue o padrão nacional, com predomínio de câncer de próstata, pulmão e cólon. Destaca-se o peso crescente das neoplasias gastrointestinais, que somam quase um terço dos óbitos, refletindo mudanças no estilo de vida, envelhecimento e insuficiências no rastreamento preventivo. A elevada proporção de câncer de pâncreas e fígado aponta para agravos emergentes relacionados ao diabetes, obesidade e uso abusivo de álcool, dentre outros.

A persistência de taxas elevadas em cânceres evitáveis — como pulmão, esôfago e fígado — reforça a necessidade de estratégias intersetoriais de prevenção, controle do tabagismo, redução do consumo abusivo de álcool, alimentação saudável e rastreamento oportunístico qualificado. Ademais, o câncer colorretal, com quase 15% dos óbitos quando somados cólon e reto, deve ser considerado prioridade na ampliação da colonoscopia para grupos de risco e investigação de sintomas.

Tabela 40 - Percentual dos 10 principais tipos de neoplasias em residentes de Goiânia, por sexo masculino, em 2024*

Tipos de neoplasia	Masculino	
	N	%
Neoplasia maligna da próstata	150	16,0
Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	95	10,2
Neoplasia maligna do cólon	92	9,8
Neoplasia maligna do pâncreas	66	7,1
Neoplasia maligna do estômago	54	5,8
Neoplasia maligna do fígado vias biliares intra-hepática	46	4,9
Neoplasia maligna do encéfalo	45	4,8
Neoplasia maligna do reto	39	4,2
Neoplasia maligna do esôfago	32	3,4
Neoplasia maligna da bexiga	32	3,4
Total	935	100,0

Fonte: SIM/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares.

Os dados mostram 919 óbitos por câncer em mulheres residentes em Goiânia em 2024 (TABELA 41), sendo os 10 principais tipos responsáveis por 71% das mortes femininas por neoplasias. Diferentemente do padrão masculino, câncer de mama, pulmão e cólon dominam o perfil feminino, com forte influência de determinantes sociais, hábitos de vida, acesso ao rastreamento e envelhecimento populacional.

Câncer de mama (20,6%) é a principal causa de morte por câncer entre mulheres, com proporção superior à observada no Brasil, indicando possível atraso diagnóstico. Câncer de pulmão (10,4%) segue como segunda causa, com crescimento em mulheres, tendência consistente com o observado nacional e globalmente. Câncer colorretal (12,6%) apresenta impacto significativo e crescente. Neoplasias ginecológicas (mama, ovário e colo do útero) somam 29,8% dos óbitos. Pâncreas, estômago e fígado aparecem com percentuais importantes, alinhados à tendência de aumento em todo o país.

Mulheres apresentam forte concentração em câncer de mama e órgãos reprodutivos, sensíveis ao cuidado preventivo (mamografia, rastreamento do HPV).

Homens apresentam maior mortalidade por cânceres associados a tabagismo, álcool e dieta (pulmão, esôfago, estômago, fígado).

O câncer de pulmão cresce proporcionalmente mais entre mulheres.

O conjunto cólon + reto é significativo em ambos os sexos, sugerindo prioridade programática.

Envelhecimento populacional e transição nutricional elevam o risco de câncer colorretal e pâncreas.

Obesidade e sedentarismo tornam-se fatores centrais de risco oncológico em ambos os sexos.

Tabagismo ainda é um dos maiores determinantes de câncer de pulmão, fígado, pâncreas e esôfago — com efeitos tardios, bem como uso abusivo de álcool.

Rastreamento insuficiente contribui para alta mortalidade em mama e colo do útero.

Diferenças de gênero refletem desigualdades comportamentais, hormonais e socioeconômicas.

Sugere-se fortalecer a prevenção primária com atuação nos fatores de risco e determinantes sociais de saúde, intra e intersetorialmente. Reforçar rastreamentos (mamografia, citologia, colonoscopia). Intensificar estratégias de diagnóstico precoce na Atenção Primária à Saúde — capacitação clínica, fluxos integrados e redução do tempo de acesso à biópsia. Expandir testagem e tratamento de hepatites virais, reduzindo risco de câncer de fígado.

O panorama da mortalidade por neoplasias em Goiânia em 2024 evidencia um cenário complexo, marcado pela predominância de cânceres de alta letalidade, crescimento de doenças relacionadas ao estilo de vida e inequidades na prevenção e diagnóstico precoce. A consolidação desses achados permite direcionar esforços para intervenções prioritárias que podem reduzir a mortalidade, melhorar a qualidade de vida e fortalecer a resposta municipal ao câncer de forma integrada e baseada em evidências.

Tabela 41 - Percentual dos 10 principais tipos de neoplasias em residentes de Goiânia, por sexo feminino, em 2024*

Tipos de neoplasia	Feminino	
	N	%
Neoplasia maligna da mama	189	20,6
Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	96	10,4
Neoplasia maligna do colón	89	9,7
Neoplasia maligna do pâncreas	61	6,6
Neoplasia maligna do ovário	50	5,4
Neoplasia maligna do encéfalo	38	4,1
Neoplasia maligna do colo de útero	35	3,8
Neoplasia maligna do estômago	33	3,6
Neoplasia maligna do fígado vias biliares intra-hepática	29	3,2
Neoplasia maligna do reto	27	2,9
Total	919	100,0

Fonte: SIM/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares.

No Brasil, na última década, observou-se uma melhora expressiva na disponibilidade e na qualidade das informações sobre incidência e mortalidade por câncer. A vigilância de câncer, no escopo das ações de controle das doenças não transmissíveis, apoiada nas melhores informações disponíveis, obtidas dos registros de câncer (populacionais e hospitalares) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade, fornece os subsídios para que os gestores monitorem e organizem as ações para o controle do câncer, bem como o direcionamento da pesquisa em câncer.

Para o Brasil, a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 aponta que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer, 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma. Este é estimado como o mais incidente, com 220 mil casos novos (31,3%), seguido pelos cânceres de mama, com 74 mil (10,5%); próstata, com 72 mil (10,2%); cólon e reto, com 46 mil (6,5%); pulmão, com 32 mil (4,6%); e estômago, com 21 mil (3,1%) casos novos. Estima-se que os tipos de câncer mais frequentes em homens serão pele não melanoma, com 102 mil (29,9%) casos

novos; próstata, com 72 mil (21,0%); cólon e reto, com 22 mil (6,4%); pulmão, com 18 mil (5,3%); estômago, com 13 mil (3,9%); e cavidade oral, com 11 mil (3,2%). Nas mulheres, os cânceres de pele não melanoma, com 118 mil (32,7%); mama, com 74 mil (20,3%); cólon e reto, com 24 mil (6,5%); colo do útero, com 17 mil (4,7%); pulmão, com 15 mil (4,0%); e tireoide, com 14 mil (3,9%) casos novos figurarão entre os principais (INCA, 2022).

De acordo com o INCA, a capital Goiânia deve registrar o seguinte número de casos novos de câncer (excluindo câncer de pele não-melanoma, que possui alta incidência e baixa letalidade) para cada ano do triênio (FIGURA 2).

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA NEOPLASIA MALIGNA	ESTIMATIVA DOS CASOS NOVOS								
	Homens			Mulheres			Total		
	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada
Mama feminina	-	-	-	630	74,58	57,93	630	74,58	57,93
Próstata	580	76,12	80,84	-	-	-	580	76,12	80,84
Cólon e reto	190	24,98	24,33	210	24,67	17,36	400	24,82	21,12
Traqueia, brônquio e pulmão	130	16,67	14,30	140	16,57	9,28	270	16,61	11,31
Estômago	70	9,74	8,98	70	8,11	6,15	140	8,89	7,09
Colo do útero	-	-	-	140	16,94	12,91	140	16,94	12,91
Glândula tireoide	20	2,73	2,55	150	17,79	13,18	170	10,61	11,49
Cavidade oral	90	11,31	9,29	40	4,45	3,17	130	7,72	5,73
Linfoma não Hodgkin	70	9,13	8,54	50	6,32	4,84	120	7,66	6,44
Leucemias	20	2,93	2,83	20	2,69	2,28	40	2,80	2,50
Sistema nervoso central	50	6,38	6,14	50	6,19	5,49	100	6,28	5,25
Bexiga	90	11,78	10,66	30	3,91	2,71	120	7,66	5,82
Esôfago	50	6,30	5,90	**	1,67	1,33	60	3,88	3,28
Pâncreas	40	4,79	4,36	50	6,21	4,49	90	5,53	4,30
Fígado	40	4,78	4,47	20	2,34	1,70	60	3,50	2,87
Pele melanoma	20	3,13	2,89	70	8,47	6,20	90	5,92	3,66
Corpo do útero	-	-	-	90	10,31	8,48	90	10,31	8,48
Laringe	40	5,74	5,37	**	0,71	0,52	50	3,11	2,68
Ovário	-	-	-	50	6,52	4,99	50	6,52	4,99
Linfoma de Hodgkin	20	2,75	2,52	30	3,13	2,14	50	2,95	2,28
Outras localizações	560	73,16	68,13	410	49,32	36,74	970	60,69	53,54
Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma	2.080	272,23	253,82	2.270	270,80	188,04	4.350	271,48	214,15
Pele não melanoma	730	95,98	-	1.000	119,17	-	1.730	108,11	-
Todas as neoplasias	2.810	367,77	-	3.270	390,10	-	6.080	379,45	-

Figura 2 - Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Fonte: população-padrão mundial (1960). /*Números arredondados para múltiplos de 10. /**Número de casos menor que 20.

Estes valores representam a estimativa para o ano de 2023, 2024 e 2025, considerando-se que o Instituto Nacional de Câncer (INCA) utiliza o mesmo número projetado para cada ano do triênio.

O perfil epidemiológico de Goiânia segue o padrão de capitais mais desenvolvidas, onde os tipos de câncer mais comuns estão ligados a fatores ambientais e estilo de vida e os tipos de mais incidentes (estimativa anual) são, para mulheres: mama (630), cólon e reto (210), glândula

tireoide (150), traqueia, brônquio e pulmão (140) e colo do útero (14). Para homens: próstata (580), cólon e reto (190), traqueia, brônquio e pulmão (13), cavidade oral (90) e bexiga (90) – figura 5.

A tendência de aumento na taxa de mortalidade identificada no gráfico 52 (chegando a 126,3/100 mil habitantes em 2024) juntamente com a projeção de altos números de novos casos anuais (4.350 por ano, excluindo câncer de pele não melanoma) reforça a necessidade de investimento em:

- a) Diagnóstico Precoces: O atraso no diagnóstico e tratamento durante a pandemia (que causou a queda aparente de mortalidade em 2020-2021) é um fator que provavelmente contribuiu para o aumento da mortalidade nos anos seguintes. A prioridade é reverter esse represamento.
- b) Infraestrutura Oncológica: O Governo de Goiás investiu na expansão da rede, como o Complexo Oncológico de Referência do Estado de Goiás (Cora). Essa expansão pode ser importante para lidar com a alta demanda projetada.
- c) Prevenção Primária: Como o câncer de mama, próstata, cólon e reto, e pulmão estão entre os mais incidentes, campanhas/comunicação focadas em hábitos saudáveis (não fumar, alimentação, atividade física) e rastreamento (mamografia, Papanicolau, exame de próstata) podem auxiliar.

2.3.4. MORTALIDADE INFANTIL

A mortalidade infantil é um importante indicador de saúde e condições de vida de uma população. A maioria dos óbitos infantis e fetais está associada às causas relacionadas ao acesso aos serviços de saúde e à qualidade da assistência prestada. O conhecimento dos fatores que condicionam a mortalidade infantil e fetal proporciona aos gestores adotar medidas, com base em evidências, e assim implementar ações preventivas para reduzir a ocorrência de novos óbitos por causas evitáveis e a sua redução é um dos principais Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

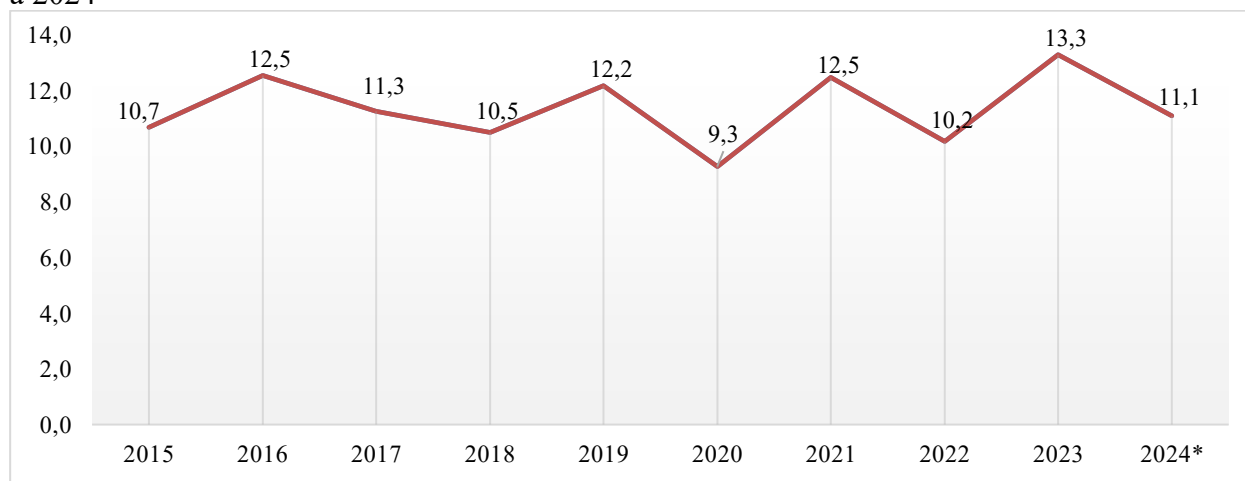
Representa um dos principais indicadores das condições de vida a que estão submetidos quaisquer grupos populacionais, sendo capaz de descrever o desenvolvimento social de uma comunidade; disponibilidade de redes de distribuição de água tratada e coletora de esgotos; nível de escolaridade das mães; acesso a trabalho e renda; quantidade e qualidade da ingestão de alimentos; cobertura e capacidade resolutiva dos serviços de saúde. Reflete as condições de vida e de saúde da população. Pode ser um exemplo concreto das ações intersetoriais governamentais, não governamentais, setor privado e sociedade em geral.

O coeficiente de mortalidade infantil é a relação entre o número de óbitos de crianças menores de um ano e o número de nascidos vivos em determinado local, calculado na base de mil nascidos vivos.

Este coeficiente é reconhecido como um dos mais sensíveis indicadores de saúde, pois a morte de crianças menores de um ano é diretamente influenciada por condições de pré-natal, gravidez, história materna, conduta e doenças maternas, ruptura precoce de membrana, gemelaridade, idade materna, consanguinidade, procedimentos perinatais, mortalidade perinatal, condições e tipo de parto, síndrome da morte súbita, estado marital, intervalo entre partos, fatores interpartais, diferenças raciais maternas e infantil condições socioeconômicas, prematuridade, baixo peso ao nascer, más formações congênitas, mães portadoras do HIV e de outras doenças infecto contagiosas e outros.

Os dados de Goiânia (GRÁFICO 56) demonstram que, embora não haja um padrão linear de aumento ou diminuição, observa-se que: há picos recorrentes em 2016, 2019, 2021 e 2023. Os valores mais baixos aparecem em 2020 (9,3) e 2018 (10,5). O ano de 2023 representa o maior coeficiente do período (13,3/1.000 NV), indicando piora significativa recente. Em 2024, o valor de 11,1 sugere queda, mas ainda assim acima de vários anos anteriores, mas ainda são dados preliminares e podem sofrer alterações.

Gráfico 56 - Coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000), de mães residentes em Goiânia, 2015 a 2024*



Fonte: SIM e SINASC/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares.

Esse comportamento pode estar relacionado a variações na qualidade da assistência pré-natal, ao acesso aos serviços materno-infantis e a fatores socioeconômicos.

De 2018 a 2020, houve queda e menor valor da série (2018: 10,5, 2019: 12,2 (aumento expressivo), 2020: 9,3 (menor coeficiente da série), mas esse valor pode ser atípico, considerando

a tendência geral. Há a hipótese de influência da pandemia, como: diminuição de nascidos vivos, subutilização de serviços, mudanças na dinâmica de busca por atendimento, o que pode ter afetado padrões e registros. 2021 a 2023, elevação acentuada, 2021: 12,5, 2022: 10,2 e 2023: 13,3 (maior valor da série).

O ano de 2023 chama atenção por atingir o pior desempenho da década, sugerindo problemas no cuidado neonatal, no pré-natal, na Rede Alynne e nas condições de vida das famílias.

A série histórica evidencia que Goiânia não consolidou tendência sustentada de redução da mortalidade infantil, apresentando ciclos de aumento e queda que podem refletir: desigualdades sociais persistentes, variações na qualidade e continuidade do pré-natal, fragilidades na atenção ao parto e ao recém-nascido, dificuldades de articulação da Rede Alynne, possíveis problemas de vigilância, notificação e investigação dos óbitos.

O fato de os maiores valores ocorrerem nos anos mais recentes (2021 e 2023) é especialmente relevante, indicando que os avanços obtidos na década anterior não têm se mantido.

Com base no padrão observado, é necessário: fortalecer a Rede Alynne, com ampliação do acesso ao pré-natal qualificado, seguimento de gestantes de alto risco, melhoria da ambiência, segurança e capacidade resolutiva das maternidades, qualificação da atenção neonatal, especialmente Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários. Reforçar vigilância e investigação em profundidade dos óbitos fetais e infantis, com respostas assistenciais rápidas, monitoramento em tempo oportuno dos indicadores; ações intersectoriais para mitigação de fatores socioambientais que afetam gestantes e puérperas, fortalecimento da segurança alimentar e nutricional. Monitoramento contínuo e acompanhamento mensal do indicador para verificar se a queda de 2024 representa início de tendência ou apenas oscilação.

O coeficiente de mortalidade infantil em Goiânia entre 2015 e 2024* revela instabilidade e picos recorrentes, com destaque para a piora observada em 2023. Embora haja discreta redução em 2024*, não há evidência clara de tendência sustentável de queda. O cenário reforça a necessidade de investimentos contínuos e integrados na rede de atenção materno-infantil, bem como fortalecimento das ações de vigilância e resposta rápida a eventos adversos.

A mortalidade infantil pode ser estratificada em três componentes: mortalidade neonatal precoce (óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos), mortalidade neonatal tardia (óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos) e mortalidade pós-neonatal (óbitos de crianças entre 28 e 364 dias). À medida que o país tem avanços nas questões estruturais relacionadas às áreas de saneamento e acesso à saúde, o esperado é que os óbitos infantis se concentrem no componente neonatal precoce. O Gráfico 57 registra a tendência da taxa da mortalidade infantil, por componentes, no município de Goiânia, no período de 2015 a 2024 (dados preliminares).

Os coeficientes de mortalidade infantil mostram variações importantes entre 2015 e 2024*, com predominância consistente da mortalidade neonatal precoce, que representa a maior parcela dos óbitos no primeiro ano de vida. A mortalidade neonatal tardia manteve-se em níveis inferiores e relativamente estáveis, enquanto a mortalidade pós-neonatal apresentou tendência de elevação no período recente.

O conjunto dos dados evidencia que Goiânia apresenta: predomínio persistente da mortalidade neonatal (precoce + tardia), apontando desafios no cuidado materno-infantil desde o pré-natal até o período neonatal.

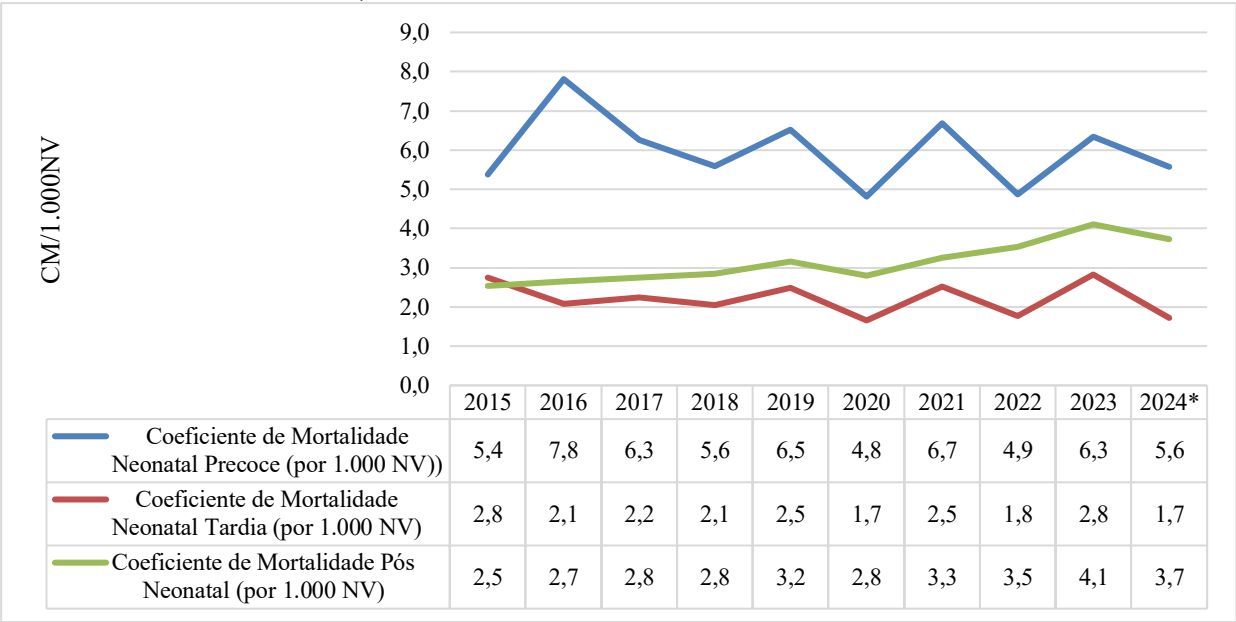
Crescimento da mortalidade pós-neonatal, sugerindo influência crescente de determinantes sociais da saúde e necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

A série temporal mostra picos e quedas que sugerem instabilidade na qualidade assistencial, especialmente no componente precoce.

Necessário reforçar ações de qualificação da assistência ao pré-natal e parto, com foco em maternidades. Ampliar estratégias de atenção ao recém-nascido de risco, especialmente no primeiro mês após a alta. Intensificar intervenções de Atenção Primária à Saúde e vigilância de doenças preveníveis na infância. Investir em ações intersetoriais voltadas à redução da vulnerabilidade social das famílias.

Os dados sugerem a necessidade de se análises epidemiológicas e socioambientais mais robustas, com vistas e ter subsídios para tomada das melhores decisões.

Gráfico 57 - Coeficiente de mortalidade neonatal (precoce e tardia e pós neonatal) (por 1.000), de mães residentes em Goiânia, 2015 a 2024*



Fonte: SIM e SINASC/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares.

2.3.5. MORTALIDADE MATERNA

É a morte de uma pessoa que ocorre durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.

Morte Materna Obstétrica direta: Ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer uma dessas causas.

Morte Materna Obstétrica indireta: É decorrente de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Razão de Mortalidade Materna (RMM): É o principal indicador para avaliar a qualidade da assistência às mulheres durante o pré-natal, parto e nascimento.

A mortalidade materna permanece como um dos mais relevantes desafios de saúde pública em Goiânia, evidenciando profundas desigualdades sociais, territoriais e no acesso oportuno e qualificado aos serviços de saúde. Embora tenham sido registrados avanços significativos nas últimas décadas, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) do município ainda apresenta patamares preocupantes, sobretudo em áreas caracterizadas por maior vulnerabilidade social e por insuficiências na cobertura ou na qualidade da atenção primária e dos cuidados especializados. Esses contrastes reiteram a necessidade de respostas integradas, equitativas e orientadas pela garantia de direitos reprodutivos e da segurança da atenção ao pré-natal, parto e puerpério.

A Razão de Morte Materna (RMM) em Goiânia no período de 2015 a 2024* demonstra importantes oscilações, refletindo desigualdades no acesso e na qualidade da atenção obstétrica, bem como a influência de eventos conjunturais, como a pandemia de COVID-19. Os valores variam entre 28,4 e 187,2 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, evidenciando instabilidade no indicador ao longo da série histórica (GRÁFICO 58).

O período apresenta três momentos distintos:

- 2015–2019: tendência de crescimento gradual: nessa fase, observa-se um aumento progressivo da RMM, passando de níveis baixos para intermediários. Esse crescimento pode estar associado a: maior sensibilidade e melhoria na identificação e classificação dos óbitos maternos; persistência de desigualdades socioeconômicas e de acesso aos serviços; e limitações na qualificação da atenção pré-natal, parto e puerpério.
- 2020–2021: agravamento acentuado, com pico epidêmico no ano de 2021 que apresenta um aumento abrupto, quase triplicando em relação a 2020, caracterizando o ponto mais

crítico da série. Este comportamento reflete fortemente o impacto da pandemia de COVID-19, reconhecida nacional e internacionalmente como um fator de elevação da mortalidade materna, devido a: à época, sem vacinação ou vacina tardia; maior vulnerabilidade de gestantes a complicações respiratórias graves; superlotação dos serviços de saúde e redução da capacidade de resposta; barreiras no acesso ao pré-natal, exames e atendimentos de urgência; e escassez de leitos obstétricos e de UTI. Portanto, essa elevação está em consonância com a tendência nacional, que registrou uma das maiores RMM das últimas décadas em decorrência da pandemia.

- 2022–2024: redução seguida de nova elevação. Após o pico de 2021, a RMM reduziu, retornando a patamares próximos aos observados antes da pandemia. Essa queda pode indicar: restabelecimento da capacidade assistencial; retomada das rotinas de pré-natal; efeitos da vacinação contra COVID-19. Contudo, em 2024* (dados preliminares), a RMM volta a elevar-se para 78,0, alerta para: possíveis fragilidades persistentes na rede de atenção; aumento de agravos obstétricos evitáveis; necessidade de análise de causas específicas, distribuição territorial e perfil das mulheres; importância da atualização do denominador (nascidos vivos), considerando que 2024 está ainda em consolidação.

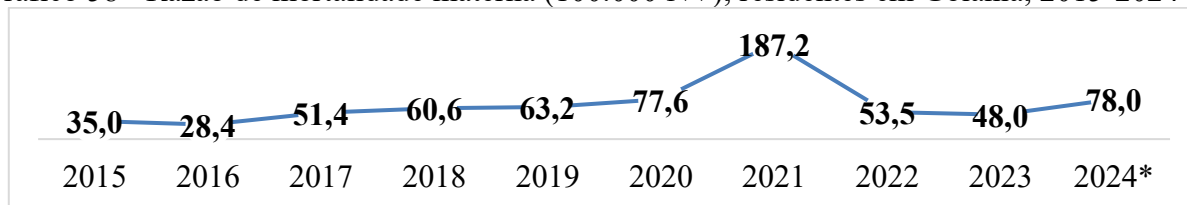
A série revela que a mortalidade materna em Goiânia não se comporta de forma linear, mas sim com flutuações importantes, sugerindo fragilidades estruturais e conjunturais. Alguns aspectos merecem destaque:

- a) A disparada de 2021 é compatível com o impacto da COVID-19, devendo integrar análises específicas (ex.: causas obstétricas diretas relacionadas a Síndrome Respiratória Aguda/COVID).
- b) A recuperação pós-pandemia, ainda que significativa, não elimina vulnerabilidades históricas da atenção obstétrica.
- c) O aumento em 2024* merece atenção, podendo indicar recrudescimento de fatores de risco, falhas assistenciais ou Sub-registro/atualização do SINASC e SIM.
- d) A análise sugere a necessidade de fortalecer ações de:
- e) Vigilância do óbito materno, com investigação oportuna, qualificação da declaração de óbito e monitoramento permanente das causas diretas e indiretas.
- f) Atenção pré-natal, com foco na vinculação da gestante, estratificação de risco e ampliação do acesso à atenção especializada.
- g) Atenção ao parto e puerpério, aprimorando protocolos clínicos, prevenção de hemorragias, hipertensão e infecções.

- h) Monitoramento por território, identificando áreas de maior vulnerabilidade.
- i) Integração com a Rede Alyne, fortalecendo a governança e a regulação de leitos maternidade-UTI.
- j) Trabalho intersetorial, sobretudo frente às desigualdades socioeconômicas que influenciam desfechos maternos.

A RMM em Goiânia apresenta oscilações significativas, com um pico extraordinário em 2021 e posterior redução, seguida de nova elevação em 2024*. Esses padrões indicam que, embora haja avanços na vigilância e na organização da atenção, persistem desafios estruturais na garantia de cuidados maternos oportunos, integrais e resolutivos. O monitoramento contínuo, aliado a ações estratégicas de prevenção e qualificação da assistência, permanece essencial para reduzir a mortalidade materna e assegurar equidade no cuidado à saúde das mulheres.

Gráfico 58 - Razão de mortalidade materna (100.000 NV), residentes em Goiânia, 2015-2024*.



Fonte: SIM e SINASC/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares

A manutenção de elevados índices de mortes maternas tem demandado uma análise por parte dos comitês de prevenção de óbitos maternos, sobre alguns indicadores que relacionam as causas evitáveis às características socioeconômicas e demográficas das mulheres que vieram a óbito. Necessário estudos mais aprofundados para responder estas questões: quantas, onde, quando e como as mulheres estão morrendo.

A distribuição da Razão de Morte Materna (RMM) por raça/cor da pele em Goiânia evidencia persistentes desigualdades étnico-raciais, refletindo padrões já observados em diversas regiões do país, onde mulheres negras (pretas e pardas) apresentam maior vulnerabilidade social, menor acesso a serviços qualificados e maior risco de complicações obstétricas (GRÁFICO 59).

A distribuição por raça/cor revela concentração de risco entre mulheres pardas, cuja RMM permanece elevada em praticamente toda a série. Mulheres pretas também apresentam elevação em alguns anos, ainda que com menor volume absoluto de óbitos. Mulheres brancas oscilam, mas registraram um pico extremo em 2021 (90,9 por 100 mil NV), refletindo a crise sanitária. A categoria ignorada aparece pontualmente, mas não compromete a tendência geral.

Mulheres pardas mantêm os maiores valores da série, com destaque para: 2017: 23,3; 2018: 23,3; 2019: 29,2; 2021: 74,9 (maior valor observado no grupo após início da pandemia) e 2024: 55,7* (nova tendência de crescimento). A persistência de valores elevados sugere piores condições socioeconômicas, menor acesso oportuno à assistência pré-natal e ao parto, maior exposição a determinantes sociais adversos, possíveis falhas na continuidade do cuidado e manejo clínico. As mulheres pardas constituem o grupo mais vulnerabilizado, concentrando o maior peso relativo da mortalidade materna em Goiânia.

Mulheres pretas apresentam valores crescentes em alguns momentos: 2017: 14,0; 2018: 4,7; 2019: 19,5; 2021: 21,4; 2024: 11,1. Apesar de números menores que os do grupo pardo, o padrão reforça desigualdades raciais históricas.

O risco materno entre mulheres pretas exige monitoramento específico, pois oscila conforme o acesso e a qualidade da atenção, além de estar associado a vulnerabilidades acumuladas.

Nas mulheres brancas a RMM apresenta variação ao longo da série, com valores moderados nos primeiros anos: 2015: 17,5; 2017: 14,0; 2018: 28,0; 2019: 14,6; 2020: 46,6 (aumento que antecede o pico pandêmico); 2021 registra explosão da RMM (90,9), refletindo o impacto desproporcional da Covid-19 no ciclo gravídico-puerperal, a superlotação dos serviços, o acesso tardio a cuidados intensivos. Após 2021, há queda significativa: 2022: 21,4 e 2023: 21,3

Embora geralmente apresentem menor risco, mulheres brancas experimentaram forte aumento durante a pandemia, demonstrando fragilidade estrutural dos serviços de atenção obstétrica.

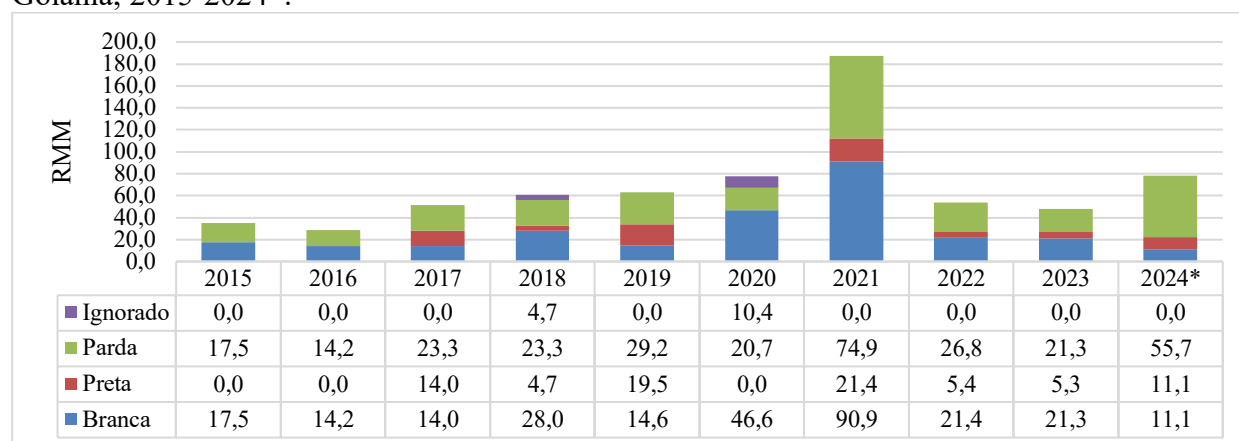
O ano de 2021 apresenta valores excepcionalmente altos, especialmente entre pardas (74,9) e brancas (90,9). Esse comportamento está alinhado à literatura nacional, que aponta a pandemia como responsável por: aumento de síndrome respiratória aguda grave em gestantes, agravamento de doenças preexistentes, atrasos no pré-natal e no atendimento emergencial e desorganização temporária da rede obstétrica.

Mulheres pretas e pardas mantêm risco consistentemente elevado, reforçando desigualdades estruturais. Determinantes sociais como escolaridade, renda, território, condições de moradia e acesso oportuno ao pré-natal influenciam fortemente a mortalidade materna. Mesmo em anos sem pandemia, a RMM já apresentava diferenças significativas entre grupos raciais.

A Razão de Morte Materna em Goiânia revela desigualdade racial significativa, com maior risco para mulheres pardas e pretas. Impacto desproporcional da Covid-19 sobre a mortalidade materna em 2020–2021, ampliando vulnerabilidades já existentes. Tendência preocupante de recrudescimento em 2024*, sobretudo entre mulheres pardas.

Necessidade urgente de fortalecimento da atenção pré-natal e ao parto, vigilância ativa de gestantes de maior risco, políticas específicas para equidade racial em saúde materna, qualificação dos registros de raça/cor e vigilância do óbito materno.

Gráfico 59 - Razão de mortalidade materna (100.000 NV) por raça/cor da pele, residentes em Goiânia, 2015-2024*.



Fonte: SIM e SINASC/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares.

A distribuição percentual das mortes maternas em Goiânia, no período acumulado de 2015 a 2024, evidencia um padrão concentrado nas idades reprodutivas intermediárias, especialmente entre 25 e 39 anos, que somam a maior parte dos óbitos (GRÁFICO 60).

O destaque é a faixa 30 a 34 anos, que apresenta 25,4% de todas as mortes, seguida de 35 a 39 anos (23,1%) e 25 a 29 anos (20,1%). Este agrupamento indica que a mortalidade materna está mais frequente justamente nas idades tradicionalmente consideradas de maior fecundidade e onde há maior volume de gestações, mas também sugere a presença de fatores clínicos e assistenciais relacionados ao pré-natal, parto e puerpério.

A faixa 20 a 24 anos (14,2%) também apresenta participação relevante, ainda que menor, refletindo a distribuição de nascimentos no município. Por outro lado, os extremos da idade reprodutiva exibem percentuais muito reduzidos: 10 a 13 anos (0,7% - estupro de vulnerável), 15 a 19 anos (3,7%), 40 a 44 anos (11,2%) e 45 a 49 anos (1,5%). Ainda que menos frequentes, esses grupos demandam atenção devido ao maior risco obstétrico inerente e à vulnerabilidade socioeconômica, especialmente nas adolescentes.

De forma geral, o padrão observado revela que a mortalidade materna permanece fortemente associada a mulheres adultas jovens, o que sinaliza a necessidade de qualificar a atenção obstétrica, com especial foco nas faixas etárias onde se concentram as gestações, bem como reforçar protocolos assistenciais para identificação precoce de riscos e manejo adequado de agravos hipertensivos, hemorrágicos e infecciosos — principais causas evitáveis no país.

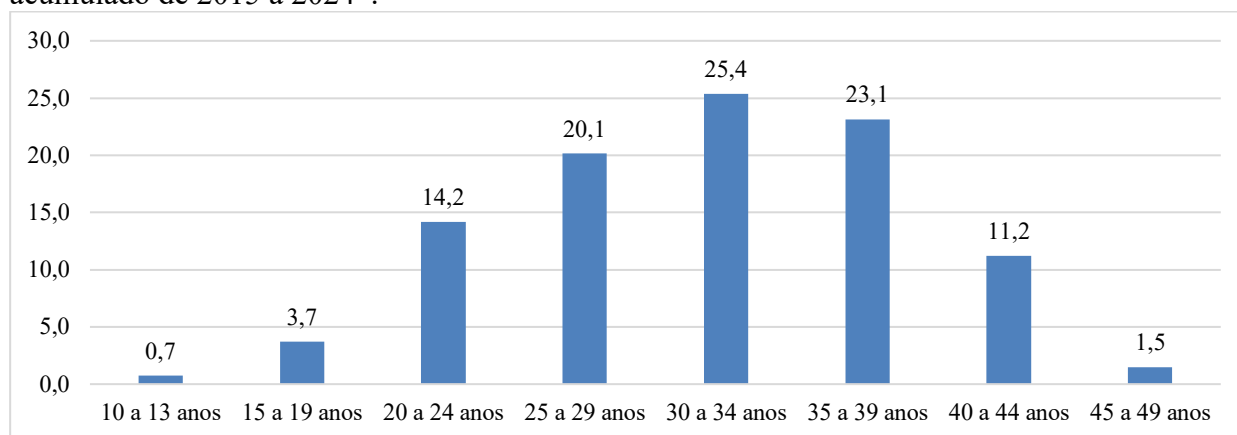
Pico de mortalidade na faixa 30–34 anos (25,4%), seguida por 35–39 anos e 25–29 anos.

Distribuição compatível com o padrão de fecundidade, mas que reforça falhas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal.

Baixa ocorrência nos extremos da idade reprodutiva, porém com alto potencial de risco individual.

Dados reforçam a necessidade de atenção obstétrica qualificada, vigilância de óbitos e aprimoramento de práticas clínicas baseadas em evidências.

Gráfico 60 - Percentual de morte materna em residentes de Goiânia, segundo faixa etária, acumulado de 2015 a 2024*.



Fonte: SIM e SINASC/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares.

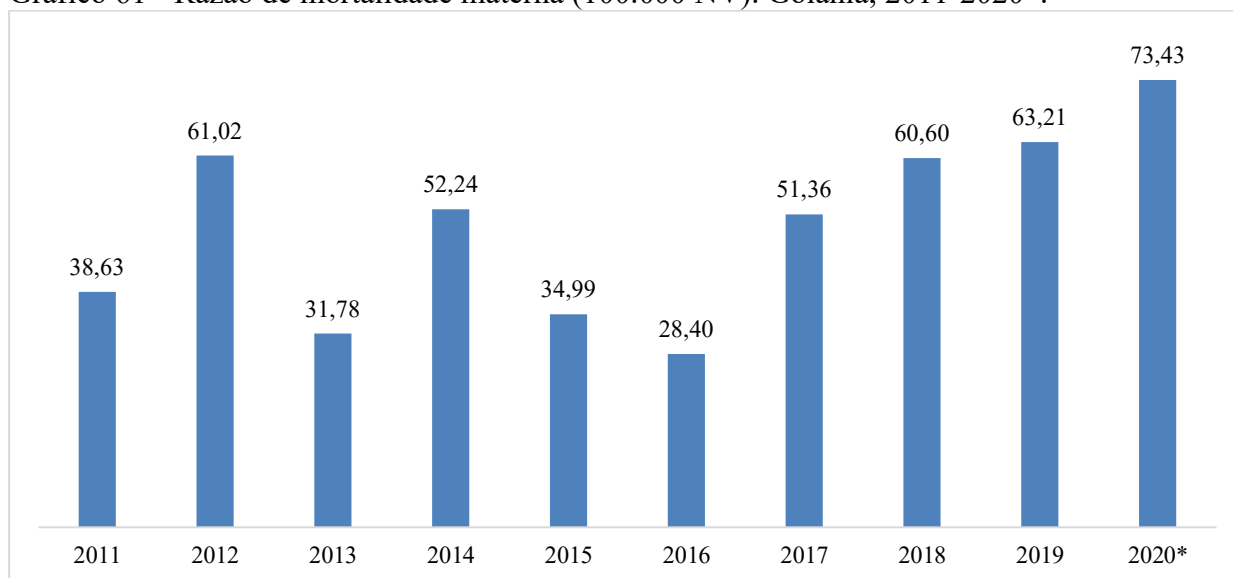
A mortalidade materna em Goiânia ainda preocupa, pois, seus índices apontam a necessidade de investimentos em soluções comprovadas para a saúde feminina, como o cuidado de qualidade durante a gravidez e o parto e uma atenção redobrada para grávidas com problemas de saúde preexistentes.

A razão de mortalidade materna passou de 38,63 por 100 mil nascidos vivos em 2011 para 73,43 em 2020 (dados preliminares), aumento de 90%, mas houve oscilações importantes no período. Destaca-se que em 2020 quase 30% dos óbitos maternos foram por COVID-19 quando se associa com comorbidades na gestante, como óbito indireto, chega-se a 50%, mostrando a necessidade de se fazer análises mais profundas a este respeito.

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna (GRÁFICO 61) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo,

dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade e mais recentemente com a pandemia, a COVID-19.

Gráfico 61 - Razão de mortalidade materna (100.000 NV). Goiânia, 2011-2020*.



Fonte: SIM e SINASC/Divisão de Informação em Saúde/SMS. *Dados preliminares

A manutenção de elevados índices de mortes maternas tem demandado uma análise por parte dos comitês de prevenção de óbitos maternos, sobre alguns indicadores que relacionam as causas evitáveis às características socioeconômicas e demográficas das mulheres que vieram a óbito. Necessário estudos mais aprofundados para responder estas questões: quantas, onde, quando e como as mulheres estão morrendo.

2.4. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO À SAÚDE EM GOIÂNIA

A PeNSE é uma pesquisa realizada com escolares adolescentes, desde 2009, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e com o apoio do Ministério da Educação. A pesquisa é realizada por amostragem, utilizando como referência para seleção o cadastro das escolas públicas e privadas do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

O objetivo da pesquisa é subsidiar o monitoramento de fatores de risco e proteção à saúde em escolares do Brasil, com destaque aqui para Goiânia. Além disso, identifica as questões prioritárias para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde em escolares, em especial o Programa Saúde na Escola.

Destaca-se que a OMS recomenda implantação e manutenção de sistemas de vigilância de fatores de risco à saúde dirigidos aos adolescentes.

Em 2019 foi realizada a 4ª edição da PeNSE. Fornece informações sobre as características básicas da população de estudo, incluindo aspectos socioeconômicos, como escolaridade dos pais, inserção no mercado de trabalho e posse de bens e serviços; contextos social e familiar; fatores de risco comportamentais relacionados a hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; exposição a acidentes e violências; hábitos de higiene; saúde bucal; saúde mental; e percepção da imagem corporal, entre outros tópicos. Características do ambiente escolar e do entorno são também contempladas, incluindo informações relacionadas à infraestrutura disponível para alimentação e atividade física; acessibilidade; saneamento básico; existência de regras e normas de conduta adotadas pelas escolas; políticas de assistência à saúde; e nível de segurança do entorno, entre outros aspectos.

Em Goiânia a estimativa do total de escolares de 13 a 17 anos que participaram da pesquisa foi de cerca de 83.328, sendo 54.735 de escolas públicas e 28.593 privadas com 40.160 do sexo masculino e 43.168 feminino. 4% estudam no 7º ano do Ensino Fundamental, 21,6% no 8º ano do Ensino Fundamental, 20,4% no 9º ano do Ensino Fundamental, 22% no 1º ano do Ensino Médio, 18,6% no 2º ano do Ensino Médio e 13,4% no 3º ano do Ensino Médio.

Em relação a cor ou raça, as maiores proporções eram de escolares que se declararam pardos (43,5%) e brancos (38,5%). Nos demais grupos, as proporções foram: 9,9% para pretos, 5,2% para amarelos, 2,7% para indígenas e 0,2% não responderam.

A escolaridade da mãe é um dado importante na análise do fator de proteção para a saúde de crianças e adolescentes. Neste sentido, a percentual de escolares com mães que não tinha nenhuma instrução ou ensino fundamental incompleto foi (11,2%), de ensino fundamental completo ou médio incompleto (11,9%), ensino médio completo ou superior incompleto (31,6%), ensino superior completo (30%) e não soube informar (15,1%).

22,9% dos escolares de 13 a 17 anos por frequência se sentiram humilhados por provocações de colegas da escola nos 30 dias anteriores à pesquisa em duas ou mais vezes, 20,4% eram homens e 25,2% mulheres, sendo 24,1% na escola pública e 20,5% na escola privada.

Em relação a agressão física sofrida por algum dos seus colegas 7,3% informaram que o forma por duas ou mais vezes, sendo 8,9% homens e 5,7% mulheres com a mesma prevalência tanto em escolas públicas quanto privadas (7,3%).

Outro levantamento foram para verificarem se se sentiram ameaçados, ofendidos ou humilhados nas redes sociais ou aplicativo de celular, nos 30 dias anteriores à pesquisa e 13,5%

afirmaram que sim, a maioria mulheres com 17,6% e homens com 9,2%, sendo 14,1% nas escolas públicas e 12,4% privadas.

Chama muito a atenção e requer ações coordenadas junto com a comunidade escolar o uso de bebida ultraprocessada consumida no dia anterior à pesquisa, com 49,5% de escolares de 13 a 17 anos ingerindo refrigerante, mais da metade, 52,1% homens e 47,1% mulheres, 49,3% em escolas públicas e 49,9% privadas.

Em relação aos escolares de 13 a 17 anos classificados como inativos com base na atividade física acumulada nos sete dias anteriores à pesquisa, 9,8% são inativos, e destes, 13,9% são mulheres e 5,4% homens, com 9,7% das escolas públicas e 10,1% privadas. Entretanto, 28,7% destes escolares com 300 minutos ou mais de atividade física acumulada nos sete dias anteriores à pesquisa, maioria homens (40,7%) contra 17 % das mulheres. Prevalência ligeiramente maior entre escolares das escolas públicas (29,6%) com 27% das escolas privadas.

Medidas precisam ser efetivadas junto à esta comunidade para reduzir o uso de cigarro e chama atenção que 10,3% escolares de 13 a 17 anos fumaram cigarro pela primeira vez com 13 anos ou menos com semelhança entre homens (10,6%) e mulheres (10%). Em relação a Dependência Administrativa, 10,5% proveniente das escolas públicas e 9,8% privadas. Dentre aqueles que fumaram cigarro (7,2%) nos 30 dias anteriores à pesquisa 35,9% conseguiram comprar numa loja, bar, botequim, padaria ou banca de jornal, o que é proibido por medida legislativa. Chama atenção também que 39,2% alguma vez na vida experimentou narguilé, 24,2% experimentaram cigarro eletrônico (e-cigarrete) e 13,2% experimentaram outros produtos do tabaco, sem contar narguilé e cigarro eletrônico.

Em relação a bebida alcoólica, 64,2% dos escolares de 13 a 17 anos experimentaram bebida alcoólica alguma vez, 60,2% homens e 67,9% mulheres; 65,6% escolas públicas e 62,1% privadas, 34,9% tomaram a primeira dose de bebida alcoólica com 13 anos ou menos, 44,9% sofreram algum episódio de embriaguez na vida, 35,5% consumiram 4 doses ou mais de bebida alcoólica em um dia, dentre aqueles que beberam bebidas alcoólicas pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa e 26,2% consumiram 5 doses ou mais. Destaca-se que 27,5% dos que consumiram bebidas alcoólicas pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa fez a compra em loja, mercado, bar, botequim ou padaria, o que é proibido pelo Estatuto da Criança e Adolescente. Chama atenção que 63,9% dos pais ou responsáveis por estes escolares consomem bebidas alcoólicas.

Verificou-se que 15,9% dos escolares de 13 a 17 anos de Goiânia experimentaram drogas ilícitas alguma vez sendo que 5,6% usaram pela primeira vez com 13 anos ou menos, 5,5% usaram nos 30 dias anteriores à pesquisa (5,2% maconha e 0,4% crack).

Em relação a saúde sexual e reprodutiva, 29,1% dos escolares de 13 a 17 anos tiveram relação sexual alguma vez (32,6% homens e 25,8% mulheres), sendo 35,8% oriundos das escolas públicas e 22,7% privadas; 34,3% dentre os que já tiveram relação sexual, teve a primeira relação sexual foi com 13 anos ou menos.

Em relação ao uso de preservativo 69% escolares de 13 a 17 anos, dentre os que já tiveram relações sexuais, em que um dos parceiros usou camisinha (preservativo) na primeira relação sexual e 62% em que um dos parceiros usou camisinha (preservativo) na última relação sexual; 10,9% conseguiram no serviço de saúde, 8,2% com mãe, pai ou responsável, 43,1% compraram na farmácia, mercado ou loja, 28,2% com o(a) parceiro(a) sexual dentre outros meios. Dentre os que já tiveram relações sexuais, 41,9% usaram pílula do dia seguinte (contracepção de emergência) alguma vez na vida, 68,2% compraram na farmácia, 11,8% com o(a) parceiro(a) sexual e somente 7,8% no serviço de saúde. 5,8% de escolares mulheres de 13 a 17 anos, dentre aquelas que já tiveram relação sexual, engravidou alguma vez na vida.

Outra questão que preocupa são os fatores de risco para ocorrência e gravidade das lesões no trânsito que ainda são preocupantes e merece atenção da gestão pública e de todos os setores, incluindo a sociedade. Goiânia executa o Programa Vida no Trânsito e precisa fortalecer as ações intersetoriais nesta população. 16,8% dos escolares de 13 a 17 anos, dentre aqueles que andaram no banco da frente como passageiro, nunca ou raramente usaram o cinto de segurança estando no banco da frente ou no banco de trás nos 30 dias anteriores à pesquisa, 6,9% nunca ou raramente usaram cinto de segurança nos 30 dias anteriores à pesquisa no banco da frente e 15,7% no banco de trás. 96,5% usaram capacete dentre aqueles que andaram de motocicleta ou moto nos 30 dias anteriores à pesquisa; 26,9% conduziram veículo motorizado nos 30 dias anteriores à pesquisa o que é proibido nesta faixa etária conforme preconiza o Código de Trânsito Brasileiro (CTB); 30,5% andaram em veículo motorizado nos 30 dias anteriores à pesquisa cujo condutor havia ingerido bebida alcoólica o que também é proibido conforme estabelecido pela Lei “Seca” e 51,2% andaram em veículo motorizado nos 30 dias anteriores à pesquisa cujo condutor usou celular que também não é permitido pelo Código Brasileiro de Trânsito e resoluções do Conselho Nacional de Trânsito.

Outro aspecto que chama a atenção é o fato de 5% dos escolares de 13 a 17 anos que estiveram envolvidos em briga na qual alguma pessoa usou arma branca nos 30 dias anteriores à pesquisa e 2,5% usaram arma de fogo. 15,4% dos escolares de 13 a 17 anos referiram que alguma vez na vida alguém o(a) tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do corpo contra a sua vontade, sendo 28% o (a) namorado (a), ex-namorado(a), ficante, crush, 28,9% amigo(a), 7,2% pai, mãe, padrasto, madrastra; 18,5% outros familiares e 20,3% desconhecidos. 6,3% referiram que sofreu

ameaça, intimidação ou foi obrigada (a) a ter relações sexuais ou qualquer outro ato sexual contra a sua vontade alguma vez na vida, sendo 24,6% pelo namorado(a), ex-namorado(a), ficante, crush, 7,8% pelo pai, mãe, padrasto, madrastra, 17,3% amigo (a), 23,8% outros familiares, 23,4% desconhecidos, dentre outros.

Além do exposto acima, 60,9% afirmaram que alguma vez na vida alguém ameaçou, intimidou ou obrigou a ter relações sexuais ou qualquer outro ato sexual contra a sua vontade quando tinha menos do que 13 anos, 12% 13 anos, 8,1% 14 anos, 10,8% 15 anos, 4,8% e 2,4% 16 e 17 anos, respectivamente.

Em relação a saúde bucal, 59,6% dos escolares de 13 a 17 anos escovaram os dentes igual ou superior a três vezes om frequência diária de escovação de dentes igual ou superior a três vezes, 17,6% tiveram dor nos dentes nos seis meses anteriores à pesquisa, 56,3% foram duas ou mais vezes ao dentista nos 12 meses anteriores à pesquisa, sendo 48,5% provenientes das escolas públicas e 65,1% privadas.

Em relação a imagem corporal 25,9% dos escolares de 13 a 17 anos estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Em relação a autopercepção da imagem corporal 28,1% se acham muito magro(a) ou magro(a), 22,7% gordo(a) ou muito gordo(a). Em relação a saúde mental, 3,5% escolares de 13 a 17 anos não têm amigos próximos, a maioria homens (4,2%) e oriundos da escola pública (3,8%) e privada (2,8%). Sentiram-se muito preocupados com as coisas comuns do dia a dia na maioria das vezes ou sempre, nos 30 dias anteriores à pesquisa 60,3% destes escolares, 34,1% se sentiram tristes na maioria das vezes ou sempre, 30,2% sentiram que ninguém se preocupava com eles(as) na maioria das vezes ou sempre, 21,4% sentiram que a vida não vale a pena ser vivida na maioria das vezes ou sempre, situação muito preocupante e 18,6% de sua autoavaliação em saúde mental foi negativa. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) precisa articular com essa população dentro do Programa Saúde na Escola, de maneira articulada e em tempo oportuno.

66,7% dos escolares de 13 a 17 anos que procuraram uma Unidade Básica de Saúde, nos 12 meses anteriores à pesquisa e destes, 85,9% foram atendidos(as). 46,4% dos escolares de 13 a 17 anos afirmaram que há algum grupo ou comitê responsável por orientar ou coordenar ações e/ou atividades relacionadas à saúde, sendo 52,1% nas escolas públicas e 35,5% nas privadas. 45,6% participam do Programa de Saúde na Escola, por tipos de ação desenvolvida nos 12 meses anteriores à pesquisa com destaque para apoio à vacinação dos(as) alunos(as) (77,1%), promoção da cultura da paz, cidadania e direitos humanos (75,4%), prevenção do uso de crack e outras drogas (72,6%), promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade (68,3%), dentre outras. Na oportunidade, reforça-se que 35,7% dos escolares de 13 a 17 anos estão em escolas que realizaram

ações conjuntas com a Unidade Básica de Saúde ou a Equipe de Saúde da Família ou a Equipe de Atenção Básica nos 12 meses anteriores à pesquisa, sendo 40,9% em escolas públicas e 25,9% em privada.

Para além da divulgação de parte dos resultados da PeNSE, é premente fortalecer políticas públicas que priorizem os principais problemas de saúde pública detectados nesta pesquisa. Fica claro também que a promoção da saúde precisa ser priorizada numa agenda intra e intersetorial. Pensar somente numa abordagem de fatores de risco, prevenção de doenças e responsabilização individual pelas escolhas comportamentais é insuficiente para promover a saúde da população. A quantidade de informações sobre os males do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do uso de álcool e outras drogas não têm sido suficiente para modificar o comportamento no âmbito populacional.

Precisa fortalecer também programas de promoção da saúde no ambiente escolar, como O Programa Saúde na Escola e que se leve em consideração os determinantes de saúde (aspectos políticos, condição socioeconômica, ambiente, relações familiares etc.) e não apenas os determinantes proximais do comportamento individual.

2.5. SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

A Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em Goiânia, no período de 2012 a 2025, apresenta importante carga de adoecimento, intoxicações e acidentes relacionados ao trabalho, com impactos significativos na morbimortalidade, nos custos assistenciais e na qualidade de vida da população economicamente ativa. A análise a seguir sintetiza a produção dos serviços especializados, o perfil das intoxicações exógenas e o comportamento das Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART), com o objetivo de subsidiar o planejamento de ações de vigilância, promoção, prevenção e assistência no âmbito do SUS.

Foram analisados: Procedimentos em Saúde do Trabalhador realizados em 97 estabelecimentos de saúde, com destaque para os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST). Notificações de intoxicações exógenas em residentes de Goiânia. Notificações de DART, incluindo distribuição por tipo de agravo, setor econômico, ocupação, raça/cor, sexo e faixa etária, além de óbitos e internações associadas. Os dados numéricos apresentados são os consolidados informados pela vigilância e gestores da Saúde do Trabalhador.

Em relação a produção de ações em Saúde do Trabalhador (a): entre 2012 e 2025, 97 estabelecimentos realizaram 64.886 procedimentos em Saúde do Trabalhador, dos quais 42.270

(65,1%) foram executados pelo CEREST, evidenciando o papel central do serviço de referência na rede.

A distribuição dos procedimentos por tipo mostra forte predominância de ações coletivas e de vigilância:

- a) Atividades de educação em saúde do trabalhador: 21.000 (32,4%)
- b) Vigilância da situação de saúde dos trabalhadores: 21.000 (32,4%)
- c) Consulta médica em saúde do trabalhador: 8.000 (12,3%)
- d) Inspeção sanitária em saúde do trabalhador: 8.000 (12,3%)
- e) Consulta de profissionais de nível superior (exceto médicos): 5.000 (7,7%)
- f) Emissão de parecer sobrenexo causal: 1.000 (1,5%)

Observa-se, portanto, um modelo de atenção fortemente orientado para educação, vigilância e fiscalização sanitária, com menor proporção de consultas individuais e emissão formal de nexo causal, ainda que estas sejam fundamentais para garantia de direitos trabalhistas e previdenciários.

2.5.1. INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

Foram registradas 1.562 notificações de intoxicações exógenas em residentes de Goiânia, com predominância de exposições a raticidas e agrotóxicos de uso doméstico: raticidas (53,0%); agrotóxico de uso doméstico (23,9%); agrotóxico agrícola (10,7%); produtos veterinários (10,5%) e agrotóxicos de uso em saúde pública (1,9%).

O perfil etário demonstra elevado risco em crianças pequenas e adultos jovens, sendo que crianças de 1 a 4 anos somam quase um quarto das notificações, sugerindo importante componente de exposição acidental domiciliar. Já os adultos de 20 a 39 anos concentram parcela relevante dos casos, possivelmente relacionados tanto a uso ocupacional quanto a tentativas de suicídio.

Destaca-se que 769 notificações (49,2%) foram classificadas como tentativas de suicídio, indicando que a intoxicação exógena também expressa sofrimento psíquico importante e demanda articulação entre Saúde do Trabalhador, Saúde Mental e Atenção Básica.

No período, ocorreram 69 óbitos por intoxicação exógena, com 52% em pessoas de cor da pele parda, evidenciando desigualdades raciais nos desfechos graves. Houve ainda 297 internações, com custo médio de internação de R\$ 1.202,00, totalizando custos hospitalares

estimados em R\$ 356.994,00, com média de permanência de 5 dias de internação acumulados e óbitos entre internados de letalidade hospitalar de $\approx 1,7\%$.

A letalidade global das intoxicações foi de aproximadamente 4,4%, configurando importante causa de óbito evitável.

2.5.1. DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

Entre 2012 e 2025, foram registradas 7.812 notificações de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART) por 100.000 trabalhadores, totalizando 55.354 notificações no período.

Quando olhamos para a distribuição pelo conjunto de agravos notificados, fica assim distribuído: a) acidentes de trabalho típicos (36.875); b) acidente de trabalho com exposição a material biológico (15.072); c) Perda auditiva induzida por ruído relacionado ao trabalho (1.057); d) violência interpessoal/autoprovocada relacionada ao trabalho (635); e) lesões por esforço repetitivo/distúrbios osteomusculares (553); f) intoxicação exógena relacionada ao trabalho (542); g) acidentes por animais peçonhentos relacionados ao trabalho (503); h) câncer relacionado ao trabalho (145); i) transtorno mental relacionado ao trabalho (91); j) pneumoconioses relacionadas ao trabalho (78) e k) dermatoses ocupacionais (9).

Verifica-se que o perfil de DART é dominado por acidentes de trabalho (típicos e com material biológico), com baixa proporção relativa de agravos crônicos (LER/DORT, transtornos mentais, câncer, pneumoconioses e dermatoses), tradicionalmente subnotificados. Isso sugere a necessidade de fortalecimento da vigilância de agravos de curso crônico e de natureza multifatorial, frequentemente pouco reconhecidos como relacionados ao trabalho.

Quanto a distribuição por setor econômico, Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), o percentual de preenchimento do CNAE foi de 53,1%, o que limita a interpretação, mas permite identificar setores prioritários entre as 22.122 notificações com CNAE informado, destacando-se: saúde e serviços sociais (6.645); construção (2.630); comércio; reparação de veículos, objetos pessoais e domésticos (2.555); administração pública, defesa e seguridade social (2.538); atividades imobiliárias, aluguéis e serviços prestados às empresas (1.980); indústria de transformação (1.954) e transporte, armazenagem e comunicações (1.046).

Setores como agricultura, pesca, alojamento e alimentação, serviços domésticos e outros serviços apresentam menor número absoluto, mas mantêm relevância por serem, muitas vezes, segmentos com elevada precarização e menor proteção social.

O preenchimento do Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) alcançou 82%, permitindo caracterizar mais claramente os grupos ocupacionais mais atingidos (61.672 registros com CBO). Destacam-se: técnicos e auxiliares de enfermagem (8.410); trabalhadores de estrutura de alvenaria (construção civil) (5.047); motociclistas e ciclistas de entregas rápidas (2.629); trabalhadores dos serviços domésticos em geral (2.582); operadores do comércio em lojas e mercados (1.769); enfermeiros e afins (1.287); trabalhadores agropecuários em geral e de apoio à agricultura (2.392) somados

Esse perfil evidencia grande vulnerabilidade de trabalhadores da saúde, especialmente da enfermagem, trabalhadores da construção civil, entregadores em motocicleta/bicicleta, serviços domésticos, comércio varejista e setor agropecuário, em consonância com a organização produtiva e com as formas contemporâneas de trabalho precarizado.

Quanto a distribuição por raça/cor da pele foram 61.672 notificações, divididas em: parda: 48,7%; branca 23,8%; preta 10,9%; amarela 1,0%; indígena 0,2% e ignorado 15,5%. A predominância de pessoas pardas e negras (parda + preta $\approx$ 59,6%) entre as notificações expressa iniquidades raciais na exposição a riscos ocupacionais e no adoecimento relacionado ao trabalho.

Quanto ao sexo há uma predominância do masculino (65,8%) contra 34,20% do feminino. Há predomínio marcante de trabalhadores do sexo masculino, refletindo a maior inserção em setores de alto risco (construção, transportes, alguns segmentos industriais), embora o peso dos agravos na área da saúde também evidencie a relevante participação feminina.

Mais de metade das notificações (57,5%) concentram-se entre 20 e 39 anos, justamente o segmento de maior produtividade econômica, o que reforça o impacto social e econômico dos agravos relacionados ao trabalho.

No período analisado, foram registrados 238 óbitos por acidentes de trabalho, com coeficiente de mortalidade de 34 por 100.000 habitantes. Esse indicador revela importante carga de eventos fatais, que, em grande medida, são evitáveis mediante políticas de prevenção, fiscalização efetiva, melhoria das condições e organização do trabalho, além do fortalecimento da vigilância e da responsabilização dos empregadores.

O período de 2012 a 2025 em Goiânia evidencia elevada carga de acidentes de trabalho, sobretudo típicos e com exposição a material biológico, configurando o principal grupo de DART notificados.

A produção do CEREST mostra forte inserção em ações educativas e de vigilância, o que é positivo, mas ainda há espaço para ampliar consultas especializadas, emissão de nexos causais e articulação com a rede assistencial e previdenciária.

As intoxicações exógenas representam importante problema de saúde pública, especialmente pelas tentativas de suicídio e pela alta proporção de casos com desfecho grave (internações e óbitos), exigindo integração entre Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Vigilância em Saúde e Atenção Primária.

Observam-se marcantes desigualdades de raça/cor, sexo e faixa etária, com maior carga em trabalhadores pardos, masculinos e adultos jovens, indicando a necessidade de abordagens intersetoriais e interseccionais que considerem determinantes sociais, raciais e de gênero.

A qualidade da informação, embora relativamente boas para CBO (82%), ainda é limitada para CNAE (53,1%), o que reforça a urgência de qualificar o registro das notificações, condição essencial para planejamento, monitoramento e avaliação de políticas de Saúde do Trabalhador.

Esses achados reforçam a importância de consolidar uma Política Municipal de Saúde do Trabalhador articulada à Rede SUS, ao controle social e a outros setores (trabalho, previdência, fiscalização, justiça), com foco em: prevenção e promoção da saúde nos ambientes laborais; vigilância sistemática de acidentes e agravos; ampliação do acesso a serviços especializados; redução de iniquidades e proteção dos grupos mais vulneráveis; qualificação permanente dos profissionais e dos sistemas de informação.

3. REDE DE SAÚDE

Para a Gestão Municipal, os serviços de saúde são eixos estruturantes para o desenvolvimento de uma cidade sustentável e com qualidade de vida. Adotando com premissa que a saúde é mais do que a estrutura predial e técnica existente, envolve o meio ambiente, a dimensão social, especialmente das condições de vida no município, além dos conhecidos fatores condicionantes – alimentação, moradia, saneamento, trabalho, entre outros. Saúde é um assunto de interesse público e direito fundamental da pessoa humana.

A Secretaria de Saúde envolverá esforços e ações da administração pública nas diferentes escalas e esferas de poder, de maneira a proporcionar o melhor nível de oferta e de qualidade dos serviços a todas as regiões da capital, priorizando aqueles que apresentam indicadores de desenvolvimento social aquém do desejado. A SMS segue realizando atividades de planejamento estratégico e traçando ações eficiente e inovadoras.

3.1. ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Na competência de julho de 2025 estavam cadastrados no CNES 4.242 estabelecimentos de saúde, sendo 53,8% Consultório Isolado, 22,3% Clínica /Centro de Especialidade, 9,9% Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado) e 14,0% outros tipos de estabelecimentos. E considerando o tipo de gestão, em 99,1% dos estabelecimentos a gestão cadastrada foi Municipais (TABELA 42 e 43)

Na competência julho/2025 constavam 4.242 estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES, sendo 4.205 com natureza jurídica municipal (99,1% do total), 37 Estadual e nenhuma Dupla (TABELA 43).

Os tipos de estabelecimentos que apresentaram maior número de cadastros foram as entidades empresariais (47,9%), pessoa física (44,6%) seguido da administração pública (5,0%).

Tabela 42 - Quantitativo de estabelecimentos cadastrados no CNES, segundo tipo de estabelecimento e gestão, Goiânia, competência julho de 2025.

Tipo de Estabelecimento	Estadual	Municipal	Total	
			N	%
Posto de Saúde	-	1	1	0,0
Centro de Saúde/Unidade Básica	-	84	84	2,0
Policlínica	1	131	132	3,1
Hospital Geral	6	39	45	1,1
Hospital Especializado	8	61	69	1,6
Pronto Socorro Geral	-	1	1	0,0
Pronto Socorro Especializado	-	2	2	0,0
Consultório Isolado	-	2.284	2.284	53,8
Clínica/Centro de Especialidade	3	942	945	22,3
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	-	419	419	9,9
Unidade Móvel Terrestre	1	13	14	0,3
Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência	-	20	20	0,5
Farmácia	1	118	119	2,8
Unidade de Vigilância em Saúde	1	3	4	0,1
Cooperativa ou Empresa de Cessão de Trabalhadores na Saúde	-	9	9	0,2
Hospital/Dia - Isolado	-	13	13	0,3
Central de Gestão em Saúde	4	12	16	0,4
Centro de Atenção Hemoterapia e ou hematológica	1	1	2	0,0
Centro de Atenção Psicossocial	-	12	12	0,3
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	-	1	1	0,0
Pronto Atendimento	1	6	7	0,2
Telessaúde	1	1	2	0,0
Central de Regulação Médica das Urgências	-	1	1	0,0
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	-	13	13	0,3
Laboratório de Saúde Pública	2	1	3	0,1
Central de Regulação do Acesso	2	1	3	0,1
Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual	2	-	2	0,0
Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde	-	9	9	0,2
Central de Abastecimento	3	1	4	0,1
Centro de Imunização	-	6	6	0,1
Total	37	4.205	4.242	100,0

Observação: Os dados relativos ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) exibidos no TABNET referem-se aos registros constantes no Banco de Dados Nacional do CNES com status ATIVO.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2025.

Tabela 43 - Rede física de estabelecimentos de saúde por natureza jurídica, SMS Goiânia, competência julho de 2025.

Natureza Jurídica	Estadual	Municipal	Total
1. Administração Pública	33	180	213
Órgão Público do Poder Executivo Federal	-	2	2
Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal	31	1	32
Órgão Público do Poder Executivo Municipal	-	167	167
Órgão Público do Poder Judiciário Federal	-	1	1
Autarquia Federal	2	8	10
Autarquia Estadual ou do Distrito Federal	-	1	1
2. Entidades Empresariais	-	2.033	2.033
Sociedade de Economia Mista	-	1	1
Sociedade Anônima Aberta	-	111	111
Sociedade Anônima Fechada	-	61	61
Sociedade Empresária Limitada	-	1.554	1.554
Empresário (Individual)	-	80	80
Cooperativa	-	23	23
Sociedade Simples Pura	-	52	52
Sociedade Simples Limitada	-	148	148
Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (de Natureza Empresária)	-	3	3
3. Entidades sem Fins Lucrativos	4	100	104
Fundação Privada	-	2	2
Serviço Social Autônomo	-	3	3
Condomínio Edifício	-	4	4
Entidade Sindical	-	6	6
Organização Social	-	3	3
Associação Privada	4	82	86
4. Pessoas Físicas	-	1.892	1.892
Total	37	4.205	4.242

Observação: Os dados apresentados referem-se ao número de estabelecimentos de saúde públicos ou prestadores de serviços ao SUS

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2025.

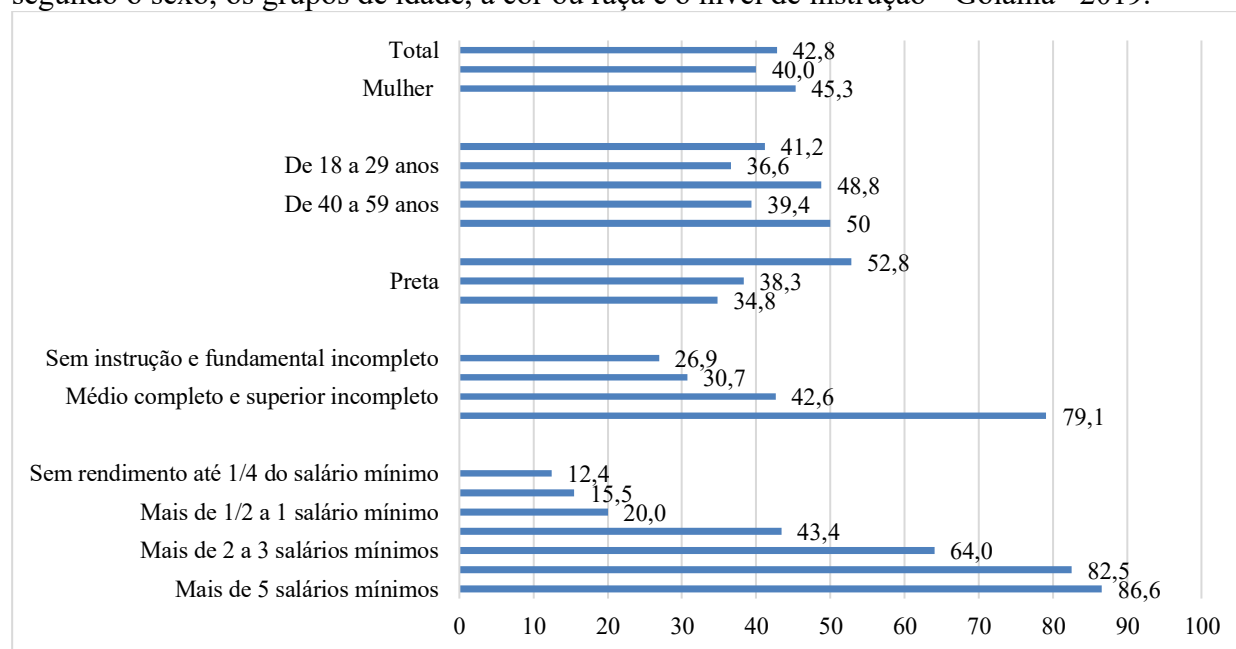
3.2. PLANOS DE SAÚDE

Em 2019, Goiânia tinha 648.707 mil pessoas (42,8% da população) com algum plano de saúde, fosse este médico ou odontológico. A cobertura maior entre as mulheres (45,3%) do que homens (40%) (PNS, 2019).

Em relação aos grupos etários, jovens (18 a 29 anos de idade) e adultos (40 a 59 anos) apresentaram as menores proporções de cobertura, 36,6% e 39,4% respectivamente. Os demais grupos etários, registraram maiores coberturas: de 60 anos e mais 50%; 30 a 39 anos com 48,8% e de 0 a 17 anos com 41,2% (GRÁFICO 62).

Considerando a cor ou raça, observa-se que essa cobertura era assim distribuída: 52,8%, 38,3% e 34,8% das pessoas brancas, pretas e pardas, respectivamente, possuíam algum plano de saúde, médico ou odontológico. Em relação ao nível de instrução, cujos indicadores consideraram as pessoas com 5 anos ou mais de idade, observou-se que, quanto mais elevado, maior, também, a cobertura de plano de saúde, variando, de 26,9% (sem instrução ou com ensino fundamental incompleto) a 79,1% (nível superior completo).

Gráfico 62 - Proporção de pessoas que tinham algum plano de saúde, médico ou odontológico, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Goiânia- 2019.



Fonte: PNS, 2019

Somente 12,4% das pessoas sem rendimento ou com rendimento até com 1/4 de salário-mínimo tinham algum plano de saúde médico ou odontológico, indicando que essa população depende mais da saúde pública; 15,5% com mais de 1/4 a 1/2 do salário-mínimo, 20% mais de 1/2 a 1 salário-mínimo; 43,4% mais de 1 a 2 salários-mínimos; 64% mais de 2 a 3 salários-mínimos; 82,5% mais de 3 a 5 salários-mínimos. Por outro lado, 86,6% das pessoas que recebiam mais de cinco salários-mínimos mensais estavam cobertas por algum serviço de saúde suplementar médico ou odontológico (GRÁFICO 63).

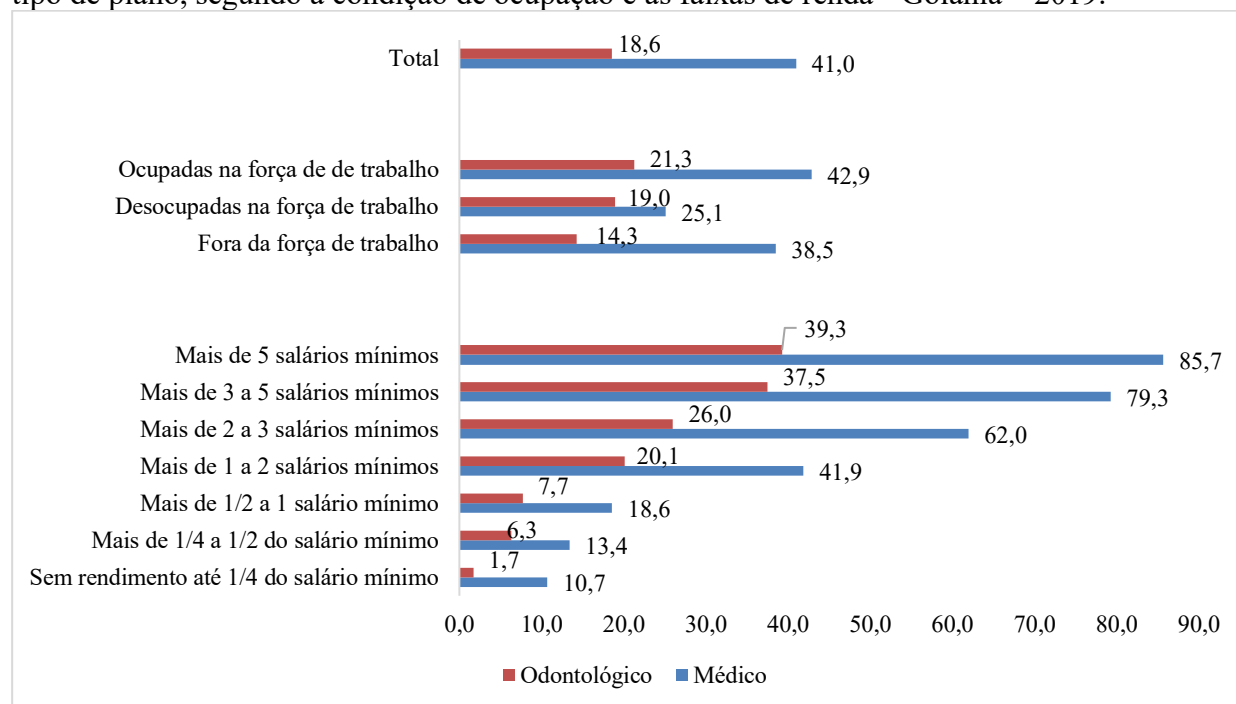
As estimativas da PNS 2019 para Goiânia, apontam, também, uma relação direta entre a cor ou raça e nível de instrução e a cobertura de plano de saúde, destacando-se, nesse sentido, as

peças brancas ou com ensino superior com as maiores proporções de cobertura. As proporções também se mostram bastante díspares quando consideradas a condição de ocupação e as faixas de rendimento, o que pode ser um tanto previsível, dado que é necessário rendimento, poder de compra, para arcar com a despesa de saúde suplementar. No entanto, o gráfico a seguir aponta profundas desproporcionalidades de cobertura, independentemente do tipo de plano de saúde, entre as faixas de rendimento, em 2019: somente 10,7% das pessoas sem rendimento até ¼ do salário-mínimo tinham algum plano de saúde médico; por outro lado, 85,7% das que recebiam mais de 5 salários-mínimos mensais estavam cobertas por algum serviço de saúde suplementar médico.

A cobertura de plano de saúde odontológico era bem menos abrangente do que a do tipo médico: 18,6% contra 41%. Mesmo nas faixas de rendimento mais elevadas, o plano de saúde odontológico foi adquirido por, aproximadamente, 39,3% das pessoas.

Entre os residentes que tinham algum plano de saúde, 73,4% avaliaram o plano de saúde médico principal (ou único) como bom ou muito bom. Por grupos de idade, as pessoas de 0 a 17 anos foram as que tiveram menor proporção nesses termos de satisfação com o serviço suplementar (69,3%). A população preta foi a que aferiu menor proporção com avaliação boa ou muito boa de seu plano de saúde (51,8%), ficando abaixo da avaliação da branca (84,4%).

Gráfico 63 - Proporção de pessoas que tinham algum plano de saúde, médico ou odontológico, por tipo de plano, segundo a condição de ocupação e as faixas de renda - Goiânia – 2019.



Fonte: PNS, 2019

3.3. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia é composta pelo Gabinete do Secretário de Saúde, Secretaria Executiva, Chefia de Gabinete, Advocacia Setorial, Assessoria Técnica Administrativa, Assessoria de Comunicação, Comissão Especial de Licitação, quatro Superintendências, 12 Diretorias, 49 Gerências, três Coordenações e 08 unidades descentralizadas, dentre estes destaca-se sete Distritos Sanitários de Saúde e a uma Escola Municipal de Saúde Pública (FIGURA 3).

Os serviços oferecidos na rede própria municipal são distribuídos em 132 pontos de atenção: 02 Associações de Trabalho e Produção Solidária em Saúde Mental; 06 Centros de Atenção Integral à Saúde; 12 Centros de Atenção Psicossocial; 01 Centro de Convivência; 05 Centros de Referência; 29 Centros de Saúde; 1 Centro de Zoonoses; 3 Centros Integrado de Assistência Médico Sanitária; 2 Farmácias especiais; 3 Hospitais e Maternidade; 1 Pronto Socorro Psiquiátrico; 6 Residências Terapêuticas; 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgências; 1 Serviço de Verificação de Óbitos; 1 Serviço de Vigilância Sanitária e Ambiental; 5 Unidades de Pronto Atendimento; 53 Unidades de Saúde da Família.

Os Distritos Sanitários constituem unidades descentralizadas da SMS, que tem por finalidade o planejamento, a coordenação, o controle e a avaliação das ações de saúde prestadas à população residente em sua área de abrangência. As Unidades de Saúde são classificadas em cinco níveis de complexidades, de acordo com o Decreto nº 046/2021.

Quanto aos serviços municipais de saúde bucal, podemos inferir uma recuperação importante entre 2021 e 2023 (+22,5%), devido a ampliação do acesso por meio de arranjos de flexibilização de carga horária. Porém, houve uma pequena retração em 2024 e 2025. O total de equipes de Saúde bucal de 40hs e com carga horaria diferenciada atualmente está em 98 equipes. Também se destaca a existência de 05 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Na Atenção Primária, em 2024, Goiânia contou com 193 equipes de saúde da família de 40hs, 07 equipes de atenção básica de 30 horas e 64 equipes de atenção básica de 20 horas, estimando, assim uma cobertura de 58,80% da população com acessos aos serviços básicos de saúde. E para atendimento à população de rua possuiu 04 equipes de consultório na rua.

Nos serviços especializados contam com 02 equipes do serviço de atendimento domiciliar, 11 unidades com serviço de radiologia funcionando, 13 unidades com laboratório de análises clínicas ou posto de coleta e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência contou com um total de 17 ambulâncias entre avançadas e básicas.



Figura 3 – Organograma da SMS Goiânia, 2025
Fonte: Diário Oficial do Município Eletrônico, 2025

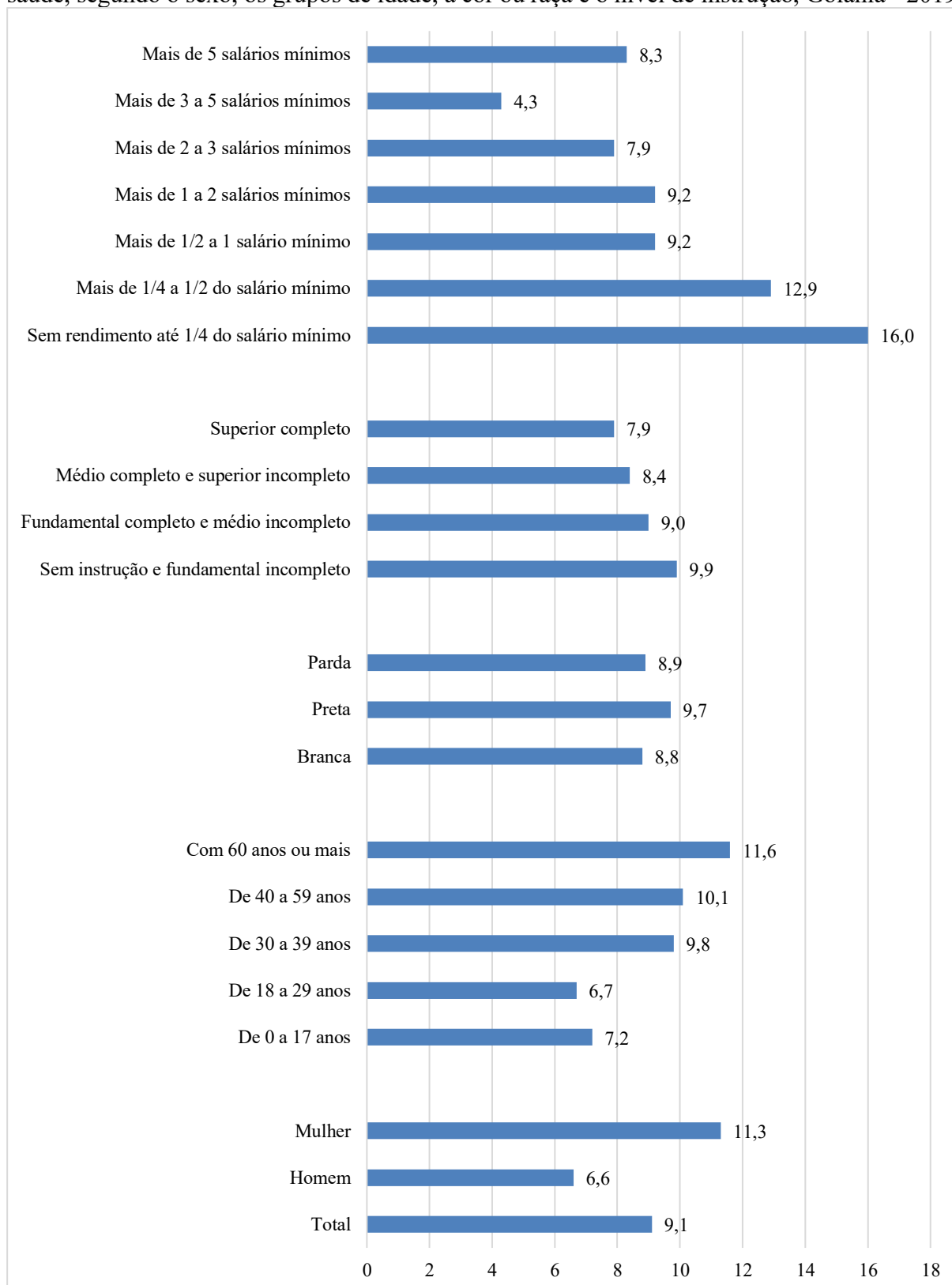
3.4. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A PNS 2019 (IBGE 2021a) estimou que 9,1% (137.532) das pessoas residentes em domicílios particulares permanentes deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da entrevista em Goiânia. As maiores proporções foram registradas entre as mulheres (11,3%), enquanto os homens, as menores (6,6%). Como esperado, os idosos (60 anos ou mais de idade) apresentaram, em 2019, a maior proporção de pessoas que deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde (11,6%), seguidos pelo contingente das pessoas de 40 a 59 anos de idade (10,1%). As pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto registraram a maior proporção desse indicador por nível de instrução (9,9%) bem como as pessoas sem rendimentos até ¼ do salário-mínimo (16%) e com preta (9,7%) (GRÁFICO 64).

Quando precisavam de atendimento de saúde (GRÁFICO 65), em 2019, 62,6% das pessoas, em Goiânia, costumavam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde. Esse costume variou, em relação ao rendimento domiciliar per capita, com proporções situadas no intervalo de 51,2% a 71,8% entre mais de 1/4 a 1/2 do salário-mínimo a mais de 3 a 5 salários-mínimos respectivamente e por nível de instrução variando do fundamental completo e médio incompleto (60,1%) a superior completo (67,8%). Entre as pessoas que apresentavam mais habitualidade na procura pelo mesmo local, médico ou serviço de saúde, estavam as de 30 a 39 anos (64,5%) seguidas das de 0 a 17 anos de idade (64,3%), 40 a 59 anos (64%), de 60 anos ou mais de idade (62,4%) e de 18 a 29 anos (56,6%), e as mulheres (63,5%). Esse comportamento também foi mais observado entre as pessoas brancas (66,8%) do que entre as pretas e pardas (56,7% e 60,2%, respectivamente).

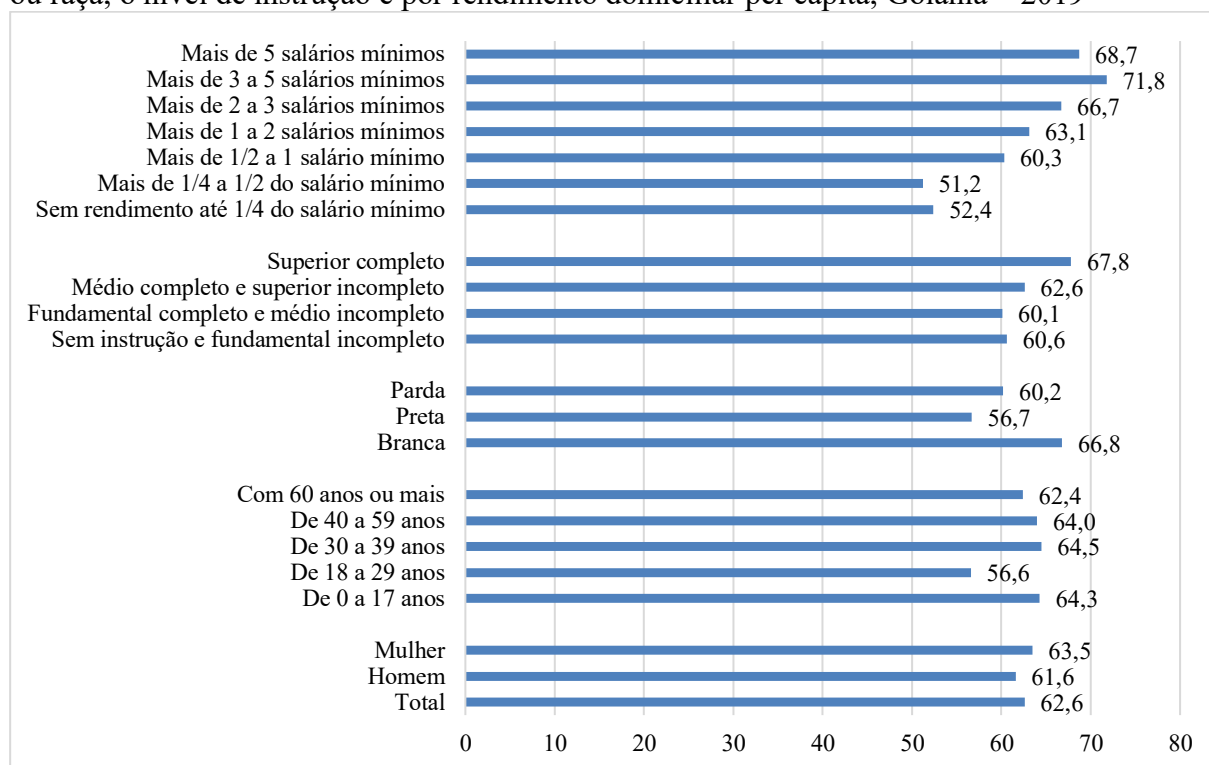
A pesquisa apontou que 1.146.487 milhões (75,6%) de pessoas haviam se consultado com um médico, em Goiânia, nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista. A proporção de mulheres (81,2%) que consultaram médico foi superior à dos homens (69,4%). Além disso, destacam-se as proporções de pessoas brancas (78%); pessoas de 60 anos ou mais de idade (87,8%); e aquelas com nível superior completo (84,9%). Todos esses percentuais foram maiores que os estimados em 2013, indicando que um maior número de pessoas passou a se consultar com médico entre 2013 e 2019 (73,1% e 75,6%, respectivamente) – independentemente de sexo, grupo de idade, cor ou raça, ou nível de instrução, todas as proporções subiram nos últimos anos (GRÁFICO 66).

Gráfico 64 - Proporção de pessoas que deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução, Goiânia - 2019.



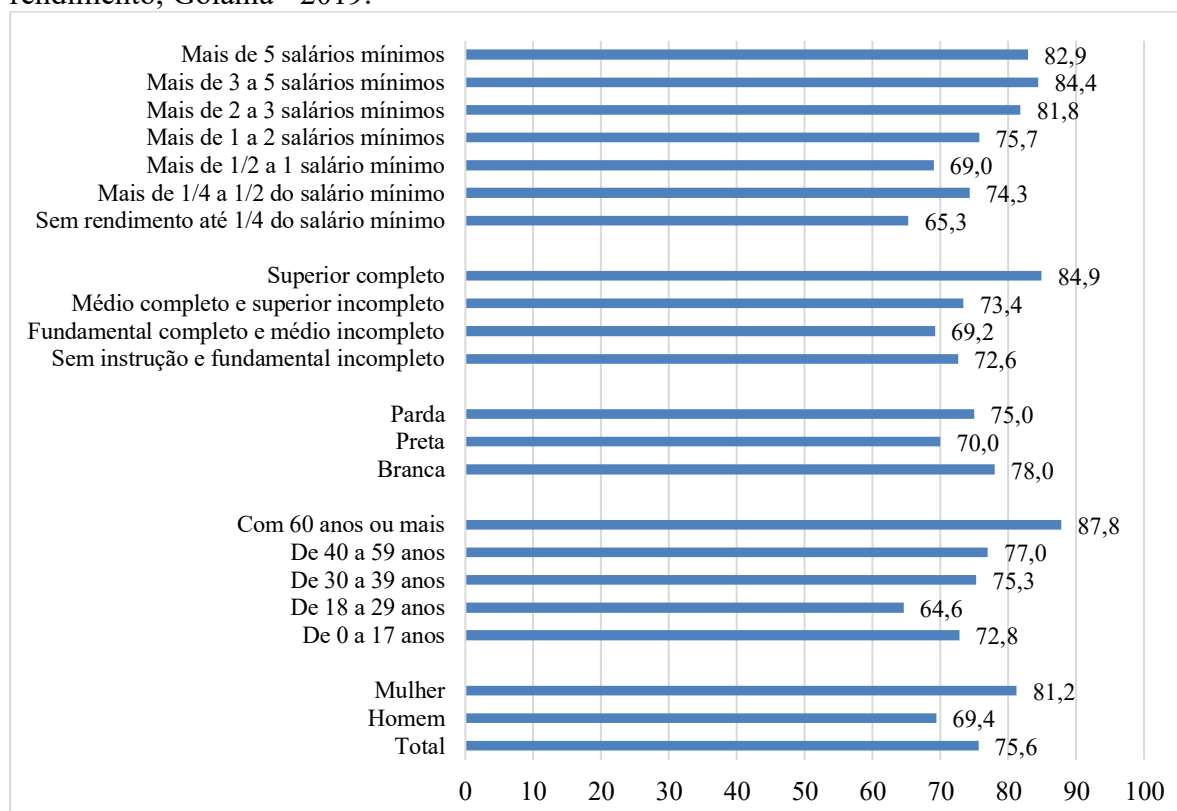
Fonte: PNS, 2019.

Gráfico 65 - Proporção de pessoas que costumam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde, quando precisam de atendimento de saúde, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça, o nível de instrução e por rendimento domiciliar per capita, Goiânia – 2019



Fonte: PNS, 2019.

Gráfico 66 - Proporção de pessoas que consultaram médico nos últimos doze meses anteriores à data da entrevista, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça, o nível de instrução e o rendimento, Goiânia - 2019.



Fonte: PNS, 2019.

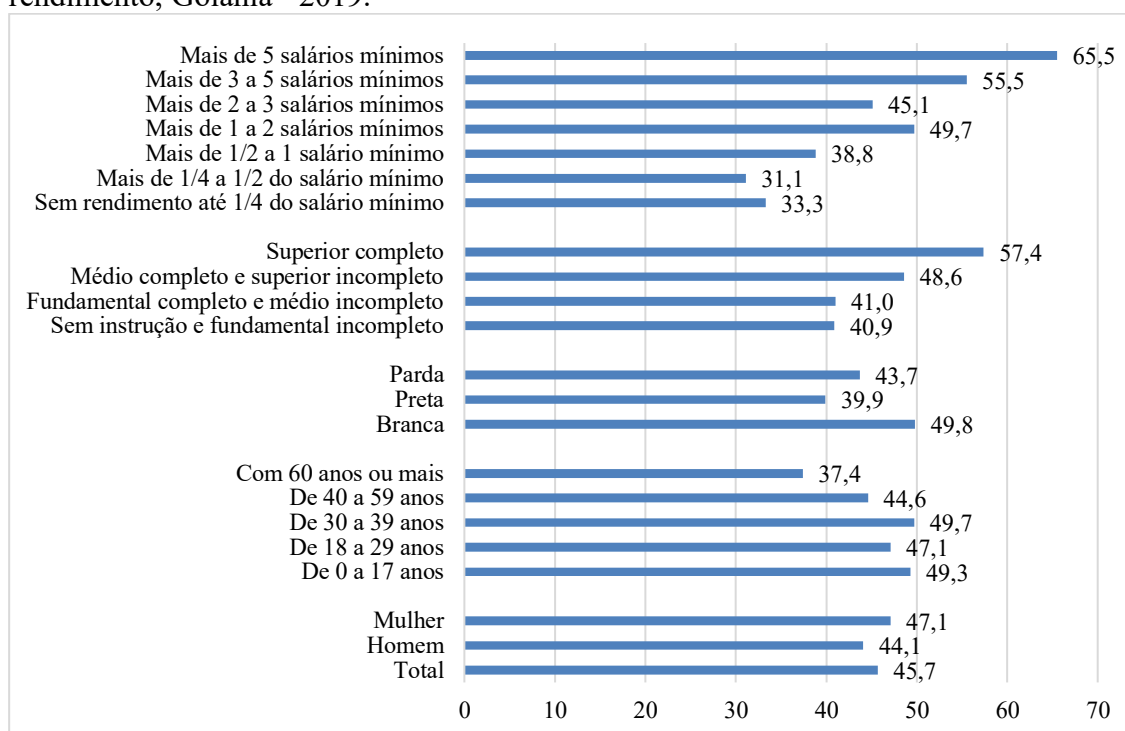
Destaca-se alguns indicadores observados na PNS 2013 e 2019: percentual de indivíduos que procuraram algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à saúde nas últimas duas semanas (2013: 14,9% e 2019: 18,4%); percentual de indivíduos que costumam procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisam de atendimento de saúde (2013: 78,6% e 2019: 62,6%); percentual de indivíduos que utilizaram tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, *yoga*, *tai chi chuan*, *lian gong* ou outra prática integrativa e complementar à saúde nos últimos 12 meses (2013: 3,6% e 2019: 3,1%); percentual de indivíduos de 18 anos ou mais que avaliaram a própria saúde como boa ou muito boa (2013: 72,6% e 2019: 67,7%); percentual de indivíduos de 18 anos ou mais que avaliaram a própria saúde como ruim ou muito ruim (2013: 4,1% e 2019: 5,4%).

Outro destaque em relação a PNS 2019 foi a proporção de pessoas que conseguiram obter todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde em Goiânia na ordem de 79,4% e a proporção de pessoas que tiveram atendimento de urgência no domicílio nos últimos doze meses anteriores à data da entrevista que foi de 1,8%.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e levando-se em conta que a proporção de pessoas que consultaram dentista, nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista (45,7%), não chegou à metade da população de Goiânia, pode-se dizer que a atenção com a saúde bucal ainda enfrenta desafios. Os percentuais de pessoas que consultaram dentista reduziram entre 2013 e 2019 (48,4% e 45,7%, respectivamente). A proporção de pessoas que consultaram com dentista foi maior entre as mulheres (47,1%), as pessoas brancas (49,8%), bem como nos grupos de 30 a 39 anos de idade (49,7%) e 0 a 17 anos (49,3%). As pessoas de 60 anos ou mais de idade registraram o menor percentual (37,4%). Observou-se ainda que, quanto maior o nível de instrução, mais elevada a proporção de pessoas que consultaram dentista – uma variação acentuada, oscilando de 40,9%, entre as pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, a 57,4%, entre aquelas com nível superior completo.

No entanto, segundo estimativas da pesquisa, a diferença nas proporções de pessoas que procuraram dentista se torna ainda mais evidente sob a perspectiva das faixas de rendimento, variando de 31,1% entre as pessoas com mais de 1/4 a 1/2 do salário-mínimo a 65,5% com mais de 5 salários-mínimos (GRÁFICO 67).

Gráfico 67 - Proporção de pessoas que consultaram dentista nos últimos doze meses anteriores à data da entrevista, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça, o nível de instrução e o rendimento, Goiânia - 2019.



Fonte: PNS, 2019.

Abaixo alguns indicadores de saúde bucal apresentaram aspectos positivos, segundo PNS 2013 e 2019, como: percentual de indivíduos de 18 anos ou mais que escovam os dentes duas vezes ou mais por dia (2013: 94,4% e 2019: 95,2%); percentual de indivíduos de 18 anos ou mais que utilizam escova de dente, pasta de dente e fio dental para fazer a limpeza de sua boca (2013: 73,9% e 2019: 79,4%); percentual de indivíduos de 18 anos ou mais que autoavaliam sua saúde bucal (dentes e gengivas) como boa ou muito boa (2013: 70,9% e 2019: 70%). Outros ainda merecem atenção: percentual de indivíduos de 18 anos ou mais que realizaram a consulta odontológica pelo SUS (2013: 10,3% e 2019: 7,7%); percentual de indivíduos de 18 anos ou mais que no total, já perderam 13 dentes ou mais, independente se foram na parte de cima ou de baixo (2013: 15,6% e 2019: 15,2%) e percentual de indivíduos de 18 anos ou mais que perderam todos os dentes de cima e de baixo (2013: 7,4% e 2019: 8,2%) (IBGE 2021a).

4. TRABALHADORES DA SAÚDE

A maioria dos profissionais está em estabelecimentos públicos, com estatutários e empregados públicos prevalecendo, apesar de ter um número expressivo contratos temporários, especialmente médicos (TABELAS 44 e 45).

Tabela 44 - Distribuição dos postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação, Goiânia, julho de 2025.

Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiro	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOs ACS
Pública (NJ grupo 1)	Autônomos (0209, 0210)	575	1	21	26	0
	Residentes e estagiários (05, 06)	275	26	54	13	0
	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	740	786	1.154	3.401	986
	Bolsistas (07)	0	0	4	0	0
	Intermediados por outra entidade (08)	691	380	278	937	0
Privada (NJ grupos 2, 4 e 5)	Autônomos (0209, 0210)	1.724	26	350	93	0
	Residentes e estagiários (05, 06)	0	0	4	1	0
	Celetistas (0105)	75	324	442	1.834	0
	Intermediados por outra entidade (08)	615	1	8	40	0
	Outros	15	0	0	0	0
Sem Fins Lucrativos (NJ grupo 3)	Autônomos (0209, 0210)	832	0	45	4	0
	Celetistas (0105)	76	235	364	965	0
	Intermediados por outra entidade (08)	93	0	5	0	0
	Residentes e estagiários (05, 06)	175	1	17	5	0

Fonte: CNES, 2025

Tabela 45 - Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão, SMS Goiânia, julho de 2025.

Administração Estabelecimento	Formas de contratação	CBO médicos	CBO enfermeiro	CBO (outros) nível superior	CBO (outros) nível médio	CBO ACS
Pública (NJ grupo 1)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 010302, 0104)	1.107	347	212	754	5
Privada (NJ grupos 2, 4 e 5)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 010302, 0104)	12	8	13	8	0
Sem Fins Lucrativos (NJ grupo 3)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 010302, 0104)	10	0	10	1	0

Fonte: CNES, 2025.

Na SMS Goiânia, o quantitativo é de 9.706 trabalhadores de saúde, sendo que deste total 46 estão cedidos a outros órgãos. Quanto ao vínculo empregatício, 85% são efetivos, 13,3% são credenciados, 0% com contratos por tempo determinado e 1,2% compõem os demais tipos de vínculo. Dentre os servidores efetivos, 31,1% de formação superior, 23,4% do médio e 45,5% de nível elementar em 2024 (TABELA 46).

Tabela 46 - Número de servidores efetivos da SMS Goiânia, por nível de cargo – 2019 a 2024.

Cargo	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nível Superior	2.725	2.627	2.585	2.524	2.440	2.569
Nível Médio	2.145	2.101	2.078	2.026	1.959	1.932
Nível Elementar	3.981	3.899	3.828	3.260	3.636	3.752
Total	8.851	8.627	8.491	7.810	8.035	8.253

Fonte: SIGEP e Modulação Saúde

Em 2024, a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia ampliou significativamente suas ações de formação, atingindo mais de 140 profissionais de diversas categorias e fortalecendo a qualificação contínua da força de trabalho do SUS. As iniciativas distribuíram-se em quatro principais tipos de formação: Educação Permanente, Gestão de Processos, Formação de Preceptores e Formação de Profissionais da Saúde.

A Formação de Profissionais da Saúde concentrou mais da metade dos participantes (53,6%), indicando prioridade institucional em fortalecer competências clínicas, multiprofissionais e interdisciplinares. Psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais representam o núcleo predominante da participação, refletindo a relevância crescente dos temas de saúde mental, cuidado integral e trabalho em rede.

A Educação Permanente mobilizou profissionais de diferentes áreas técnicas, com destaque para psicologia, enfermagem e auditoria, reforçando a qualificação das práticas educativas e de planejamento em saúde. No Distrito Sanitário Campinas-Centro, as ações voltadas à gestão de processos de trabalho envolveram principalmente gestores e equipe administrativa, alinhando-se às necessidades operacionais do território.

De modo geral, os resultados apontam para uma política robusta de formação, alinhada à diretriz de fortalecimento das capacidades institucionais e à consolidação da Educação Permanente como estratégia estruturante da gestão do trabalho no SUS Goiânia. Psicólogos e enfermeiros concentram a maior parte das participações.

Forte aderência às formações de maior impacto assistencial. A elevada participação nas ações de "Formação de Profissionais da Saúde" demonstra foco estratégico. Importante manter continuidade e ampliar para áreas emergentes como tele assistência e práticas integrativas.

Ainda há uma fragilidade de dados e uma necessidade de padronização dos registros de participação.

Percebe-se uma integração ensino–serviço em expansão. A formação de preceptores atingiu 25 profissionais de várias categorias. Indica preparo crescente da SMS para consolidar uma rede formadora, fundamental para residentes e estagiários.

A diversidade multiprofissional ainda desigual. Apesar da presença de mais de 20 categorias, existe desequilíbrio na distribuição entre elas. Sinal da necessidade de diagnósticos anuais de necessidades formativas por área.

Sugere-se a ampliação da participação de categorias sub-representação; criar trilhas formativas específicas para áreas com baixa presença: farmácia, odontologia, fisioterapia, vigilância, técnicos administrativos, ACS e ACE; implementar metas de participação por categoria; fortalecer a Educação Permanente no território; expandir atividades

descentralizadas nos Distritos; incentivar encontros de micro equipes para discussão de casos, processos e protocolos; consolidar o Sistema Municipal de Preceptoria; instituir política municipal de preceptoria com incentivos, certificação e avaliação; criar núcleo de apoio pedagógico para preceptores; instituir monitoramento contínuo da formação; criar painel municipal de indicadores de formação (número de participantes por mês, cobertura por categoria, adesão por Distrito, impacto na prática assistencial); integrar formação com prioridades de saúde pública 2025 (violências e acidentes, DCNT e promoção da saúde, Saúde mental e cuidado psicossocial, atenção à população migrante, prevenção do óbito materno-infantil, vigilância em saúde e qualificação do SIM/SINAN/SINASC); melhorar a qualidade dos registros administrativos: garantir que todas as formações (nome completo do evento, data, carga horária, participantes com categoria profissional padronizada) e criar formulário único da EPS/SMS.

A evolução dos afastamentos temporários entre 2019 e 2024 revela tendências marcadas por mudanças no perfil epidemiológico, organizacional e trabalhista, com destaque para a forte influência da pandemia de COVID-19 nos anos de 2020–2022. (TABELA 47).

O total de afastamentos cresce abruptamente em 2020 (16.897), acompanhando o início da pandemia. Em 2021 e 2022 permanece elevado (14.404 e 15.790). Há redução importante em 2023 (10.658), seguida de estabilização em 2024 (11.005). Os picos de 2020–2022 estão fortemente associados ao aumento de licenças para tratamento de saúde.

A Licença para Tratamento de Saúde, principal motivo de afastamento. Trata-se do afastamento mais expressivo em todos os anos. Em 2020 atinge 15.000 afastamentos, quase quadruplicando os níveis de 2019. Após a pandemia, observa-se queda progressiva (2023: 9.940), mas ainda permanece acima dos níveis pré-pandemia (2024: 10.096). Demonstra alta carga de adoecimento físico e mental dos trabalhadores, indicando necessidade de fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador e ações de prevenção.

A Licença-gestante e período complementar apresentam queda acentuada entre 2019 e 2022. Em 2023–2024 há pequena retomada. Possível reflexo de mudanças demográficas da força de trabalho ou menor ingresso de profissionais em idade fértil.

As Licenças associadas ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sofrem grande aumento em 2020 (81), mantendo volume ainda elevado em 2021–2022. Caem a partir de 2023 (33) e voltam a recuar em 2024 (20). Indicam impacto da pandemia no afastamento por incapacidade laboral e posterior normalização.

Tabela 47 - Número de afastamentos temporários de servidores, por tipo de licença, SMS Goiânia – 2019 a 2024.

Tipo de Afastamentos	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Licença-Gestante (120) dias	1	1	2	0	0	2
Período Complementar LG	208	154	71	4	17	23
Licença Afastamento INSS	11	1	17	9	6	10
Licença Prêmio	504	506	189	132	153	209
Licença Acidente de Trabalho	46	1	17	9	6	10
Prorrogação Licença Acidente de Trabalho	20	0	11	7	2	0
Licença Tratamento Saúde	3.584	15.000	12.960	14.973	9.940	10.096
Prorrogação Licença para Tratamento Saúde	237	718	681	532	431	509
Licença Tratamento Pessoa da Família	471	366	352	29	9	37
Reclusão	0	2	0	1	2	0
Licença para Atividade	0	40	0	0	0	17
Licença Interesse Particular	89	16	60	47	57	69
Vacância	3	10	3	0	5	8
Licença formação profissional	2	2	0	0	3	5
Total	5.176	16.897	14.404	15.790	10.658	11.005

Fonte: SIGEP e Modulação Saúde, 2025

Com a Licença Prêmio ocorreu uma redução importante entre 2019–2022 (504 → 132). Retomada gradual após a pandemia (153 em 2023 e 209 em 2024). A queda pode refletir restrições operacionais durante a pandemia e necessidade de manter equipes em atividade.

Afastamentos por Acidente de Trabalho e suas Prorrogações são baixos e irregulares, sem tendência linear. Queda drástica em 2020 (1 caso), possivelmente devido à redução de atividades presenciais. Números menores podem mascarar subnotificação.

A Licença para Tratamento de Pessoa da Família sofreu uma forte redução após 2021 (de 352 para apenas 29 em 2022). Mantém números muito baixos em 2023–2024. Pode refletir mudanças normativas, perda de direito, restrições administrativas ou Sub-registro.

A Licença para Atividade Política aparece apenas em anos eleitorais: 2020 (40) e 2024 (17). Tendência esperada e sazonal.

A Licença por Interesse Particular e Vacância apresentou volumes moderados e crescentes em 2023–2024. Podem indicar movimentação de pessoal, rotatividade e busca por outras oportunidades profissionais.

O padrão de afastamentos é fortemente influenciado pela pandemia, especialmente entre 2020 e 2022. Em 2023–2024 observa-se retração e estabilização, mas os níveis ainda não retornaram ao padrão pré-pandêmico. Licenças para tratamento de saúde (e suas prorrogações) continuam como o principal motivo, sugerindo: elevada carga de adoecimento; desgaste físico e emocional; necessidade de ações estruturantes de saúde do trabalhador.

A redução de licenças prêmio, gestante e família durante 2020–2022 pode refletir restrições administrativas e reorganização do trabalho.

Movimentos recentes (2023–2024) apontam recomposição do quadro, retomada de direitos e aumento da rotatividade.

Os quadros expostos sinalizam a importância de se fazer, permanentemente, o monitoramento da evolução destes dados com o propósito de organizar estratégias que oriente medidas de apoio aos trabalhadores e, ao mesmo tempo, sua substituição quando houver necessidade para não haver interrupção em nenhum tipo de serviço.

Vale ressaltar que o município de Goiânia também aderiu ao programa Mais Médicos, houve uma redução de 72 (2021) para 43 (2025), 14 estáveis do Programa Mais Médicos para o Brasil e mais 4 intercambistas em 2024.

5. PRODUÇÃO DA SMS GOIÂNIA

5.1. ATENÇÃO BÁSICA

Considerando a complexidade, na atenção básica foram realizados 9.663.656 procedimentos (TABELA 48), sendo a maioria nos grupos de `ações de promoção e prevenção em saúde (56,9%) e de `procedimentos clínicos (40,3%). Considerando um aumento substancial do número de visitas domiciliares realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde, que passou a ser contabilizado para o grupo de procedimentos `ações de promoção e prevenção em saúde.

Tabela 48 - Quantidade apresentada de procedimentos ambulatoriais, por Grupo de Procedimentos e Complexidade - Atenção Básica, sob gestão municipal, realizados pelo SUS em Goiânia, 2024*.

Grupo procedimento	Quantidade Apresentada	
	N.º	%
Ações de promoção e prevenção em saúde	5.502.813	56,9
Procedimentos clínicos	3.889.996	40,3
Procedimentos com finalidade diagnóstica	256.118	2,7
Procedimentos cirúrgicos	14.729	0,2
Total	9.663.656	100

Fonte: SIA SUS, 2024. *Dados preliminares

5.2. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Tabela 49 apresenta os atendimentos por grupo de procedimentos dos atendimentos de urgências, considerando que o grupo de `procedimentos clínicos, (64.050) foi o mais realizado dos procedimentos ambulatoriais e com maior faturamento os cirúrgicos (R\$ 5.496.496,85) e para os procedimentos hospitalares a maior ocorrência também foi o clínico (33.460) e faturamento o cirúrgico (R\$ 57.624.738,18).

Tabela 49 - Quantidade e valores faturados apresentadas dos procedimentos ambulatoriais e hospitalar por grupo de procedimentos e caráter de atendimento - urgência, Goiânia, sob gestão municipal, 2024*

Grupo de Procedimentos	SIA SUS		SIH SUS	
	Quant.	Valor (R\$)	Quant.	Valor (R\$)
Ações de promoção e prevenção em saúde	684	0,00	0	0,00
Ações complementares da atenção à saúde	3	544,50	0	0,00
Procedimentos com finalidade diagnóstica	43.203	1.512.521,88	32	58.780,40
Procedimentos clínicos	64.050	2.223.018,46	33.460	55.736.516,78
Procedimentos cirúrgicos	38.200	5.496.496,85	19.510	57.624.738,18
Transplantes de órgãos, tecidos e células.	3.943	773.488,42	133	1.460.393,02
Órteses, próteses e materiais especiais.	751	112.151,02	0	0,00
Total	150.834	10.118.221,13	53.135	114.880.428,38

Fonte: SIA SUS e SIH SUS, 2024. *Dados preliminares.

5.3. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Segundo a forma de organização psicossocial (TABELA 50), foram realizados 70.465 atendimentos/acompanhamentos psicossociais ambulatoriais, sendo o valor faturado de R\$ 111.423,95. Ao mesmo tempo, que no componente hospitalar, foram realizadas 1.759 internações com faturamento de R\$ 2.796.719,80.

Tabela 50 - Quantidade e valores faturados apresentadas de procedimentos ambulatoriais e frequência hospitalar, por forma de organização psicossocial, realizados pelo SUS em Goiânia, sob gestão municipal, 2024*.

Forma de organização	SIA SUS		SIH SUS	
	Quant.	Valor (R\$)	Quant.	Valor (R\$)
030317 Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	-	-	1.759	2.796.719,80
030108 Atendimento/Acompanhamento psicossocial	70.465	111.423,95	-	-
Total	70.465	111.423,95	1.759	2.796.719,80

Fonte: SIA SUS e SIH SUS, 2024. *Dados preliminares

5.4. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR

Quando se analisa os procedimentos de média e alta complexidade (TABELA 51), foram executados 10.608.132 procedimentos ambulatoriais com faturamento de R\$ 214.267.986,31 e 67.768 procedimentos hospitalares com faturamento de R\$ 148.969.529,13.

O grupo de procedimentos com finalidade diagnóstica (6.469.950) obteve a maior quantidade de atendimento e faturamento (R\$ 99.270.520,77) no atendimento ambulatorial. E no atendimento hospitalar o grupo de procedimentos clínicos apresentou maior frequência (33.986) e maior faturamento o cirúrgico (R\$ 92.401.349,33).

Tabela 51 - Quantidade e valores faturados apresentadas de procedimentos ambulatoriais e hospitalar, segundo complexidade do procedimento média e alta complexidade, Goiânia, sob gestão municipal, 2024*.

Grupo de Procedimentos	SIA SUS		SIH SUS	
	Quant.	Valor (R\$)	Quant.	Valor (R\$)
Ações de promoção e prevenção em saúde	15.804	30.134,58	0	0,00
Procedimentos com finalidade diagnóstica	6.474.604	105.473.372,16	37	69.006,73
Procedimentos clínicos	4.183.933	148.707.476,74	33.986	56.503.124,67
Procedimentos cirúrgicos	89.006	15.785.672,41	34.759	104.460.543,91
Transplantes de órgãos, tecidos e células	6.058	1.662.695,34	147	1.652.744,64
Total	10.769.405	271.659.351,23	68.929	162.685.419,95

Fonte: SIA SUS e SIH SUS, 2024. *Dados preliminares

5.5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Segundo a forma de financiamento (TABELA 52), na vigilância em saúde, foi executado um total de 47.745 procedimentos, sendo que 69,7% foram ações de promoção e prevenção em saúde.

Tabela 52 - Quantidade apresentada de procedimentos ambulatoriais, segundo forma de financiamento vigilância em saúde, SUS em Goiânia, sob gestão municipal, 2024*.

Grupo de Procedimentos	Quantidade Apresentada	
	N	%
Ações de promoção e prevenção em saúde	33.299	69,7
Procedimentos com finalidade diagnóstica	14.446	30,3
Total	47.745	100,0

Fonte: SIA SUS/2024. *Dados preliminares.

6. SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

O SIOPS é um sistema de alimentação obrigatória e bimestral de informações sobre quanto se destina à Saúde na União, nos estados e nos municípios. Permite monitorar o cumprimento da aplicação mínima de recursos em saúde, consolidar os gastos públicos em saúde e fornecer dados para o Anexo 12 do Relatório Resumido de Execução Orçamentária de todas as esferas de governo (TABELA 53).

Tabela 53 – Valor, em Reais, para os indicadores do município de Goiânia, 2020 a 2024.

Indicador	2020	2021	2022	2023	2024
Despesa total em saúde	1.603.159.928,13	1.760.705.471,78	1.796.819.251,69	1.998.573.410,74	2.257.118.974,13
Despesas de saúde executadas com recursos federais transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde	891.693.147,21	842.218.289,33	832.918.096,17	819.689.926,34	908.745.625,58
Despesas de saúde executadas com recursos próprios	666.284.209,04	816.540.732,53	830.838.218,94	1.082.061.919,59	1.239.659.938,88
Despesas executadas com ações e serviços públicos em saúde	634.914.213,21	806.888.310,24	726.434.141,22	1.066.277.796,06	1.229.768.981,39

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). O valor anual corresponde à situação no final do 6º bimestre do exercício.

O conjunto dos indicadores evidencia crescimento consistente da despesa total em saúde, passando de R\$ 1,60 bilhão (2020) para R\$ 2,26 bilhões (2024) — um aumento absoluto de aproximadamente R\$ 653,9 milhões, equivalente a um crescimento acumulado de 40,8% no período.

Este incremento ocorre em um contexto de demandas crescentes por serviços, expansão da cobertura assistencial e recomposição das ações de saúde pós-pandemia.

Crescimento médio anual de aproximadamente 8,9%. Maior variação ocorre entre 2023 e 2024 (+12,9%), possivelmente associada à ampliação de serviços, impacto inflacionário acumulado e recomposição das fontes próprias. Em todos os anos há aumento contínuo, sem reduções, o que demonstra expansão do investimento municipal na saúde.

Despesas de Saúde Executadas com Recursos Federais: Redução gradual entre 2020 e 2023, com queda acumulada de -8% em relação ao início da série. Recuperação em 2024 (+10,9%), retornando a patamares semelhantes ao período pré-pandêmico. Demonstra tendência nacional de descentralização financeira com limitações de repasses federais, exigindo maior aporte municipal.

Despesas Executadas com Recursos Próprios: Crescimento expressivo de 86,1% no período 2020–2024. Aumento mais acentuado entre 2022 e 2023 (+30,2%). Reforça tendência de maior dependência dos cofres municipais, sobretudo diante da estagnação temporária dos repasses federais.

Despesas Executadas com Ações e Serviços Públicos de Saúde: Crescimento acumulado de 93,7% entre 2020 e 2024 — ritmo ainda maior que o aumento da despesa total. Redução pontual em 2022 (-9,9%), possivelmente relacionada à transição pós-Covid e reorganização de programas. Forte retomada em 2023 e 2024, com ampliação de serviços, recomposição de equipes e contratualizações.

A participação municipal cresce ano a ano, passando de 42% (2020) para 58% (2024). Indica aumento da autonomia de financiamento, porém também maior pressão sobre o orçamento local. Corresponde a tendência prevista na Emenda Constitucional 29, LC 141 e às exigências de manutenção do mínimo constitucional.

A despesa total em saúde tem trajetória ascendente, refletindo ampliação de serviços, pressões assistenciais e recomposição pós-pandemia. Os repasses federais permanecem relativamente estáveis, com leve declínio até 2023 e recuperação em 2024, porém não acompanham o ritmo do aumento da despesa total. Os recursos próprios tornam-se o principal motor de crescimento do financiamento, evidenciando forte compromisso municipal com o SUS. O crescimento das despesas em ASPS supera o crescimento geral, indicando expansão da oferta e execução direta de ações primárias, vigilância, assistência ambulatorial e hospitalar. O cenário confirma maior responsabilidade financeira do município, com impacto direto no planejamento orçamentário e na necessidade de eficiência alocativa.

Sugere-se: Revisar a matriz de custeio para garantir sustentabilidade do crescimento de Ações e Serviços Públicos de Saúde. Priorizar ações de alta custo-efetividade, especialmente na APS e prevenção. Aperfeiçoar mecanismos de monitoramento de contratos, compras e execuções. Intensificar uso de indicadores econômico-financeiros, como custo por equipe e

custo de procedimentos estratégicos. Buscar ampliação de repasses de programas estratégicos. Potencializar adesão a novos incentivos e políticas. Incentivar modelos de regionalização e contratualização que reduzam duplicidade de serviços. Reforçar avaliação e auditoria para identificar gastos evitáveis e oportunidades de otimização.

O período 2020–2024 demonstra expansão significativa do investimento municipal em saúde, com protagonismo crescente dos recursos próprios frente à estabilidade relativa dos repasses federais. As despesas com ações e serviços públicos acompanham essa tendência, reforçando o compromisso da gestão com a ampliação da assistência e melhoria das condições sanitárias da população. A consolidação dessa trajetória exige planejamento estratégico, qualificação da gestão financeira e fortalecimento da coordenação interfederativa, garantindo sustentabilidade do SUS em Goiânia.

7. DIRETRIZES E OBJETIVOS

O presente Plano Municipal de Saúde é composto por cinco (05) diretrizes e oito (8) objetivos, as definições desses tiveram como base os Blocos de Financiamento do Ministério da Saúde, permitindo uma consonância com o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme prevê a Portaria Nº 2.135/2013 (BRASIL, 2013a). Podendo ser esquematizado como no QUADRO 2.

Quadro 2 - Diretrizes e Objetivos do PMS 2026-2029, SMS Goiânia.

Diretriz 1 Moderniza SUS Gyn	Qualificação da gestão administrativa do SUS em Goiânia, considerando o desenvolvimento científico e tecnológico da produção, inovação e avaliação em saúde, qualificação das informações, participação social, processos de educação permanente e popular em saúde e infraestrutura, a fim de atender a população de forma equitativa, considerando a sociobiodiversidade territorial.	
	Objetivo 1.1	Qualificar e modernizar a administração geral da secretaria municipal de saúde, com foco na gestão de pessoas, infraestrutura e tecnologia da informação da SMS Goiânia, com promoção de serviços públicos com mais qualidade e com respeito ao dinheiro público, priorizando o modelo de Promoção da Saúde.
	Objetivo 1.2	Fortalecer os espaços de controle e participação social e popular garantindo as condições de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e suas conferências.
Diretriz 2 Atenção Primária Mais Perto de Você	Consolidação da Atenção Primária à Saúde como principal porta de entrada do SUS e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade	
	Objetivo 2.1	Adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.
Diretriz 3 Farma SUS! Aqui Tem Remédio!	Promoção da gestão responsável e eficiente dos recursos da assistência farmacêutica, com planejamento, inovação e aprimoramento dos processos internos, definindo as prioridades alinhadas às necessidades da sociedade	
	Objetivo 3.1	Qualificar as ações relacionadas com a assistência farmacêutica e ao acesso oportuno aos medicamentos e insumos no âmbito da SMS Goiânia.
Diretriz 4 Goiânia Tem Especialista!	Promoção da integração dos serviços de atenção especializada ambulatorial e hospitalar, própria e contratualizada, com a rede de atenção, especialmente com atenção primária à saúde, com vistas a garantia da continuidade do cuidado da pessoa.	
	Objetivo 4.1	Fortalecer as ações e serviços próprios da atenção especializada ambulatorial e hospitalar como integrante da rede de atenção à saúde, visando foco na pessoa e na otimização de sua jornada, bem como ao uso de critérios clínicos para adequar a oferta de ações e serviços de saúde.
	Objetivo 4.2	Otimizar as ações de regulação que são dirigidas aos prestadores públicos, filantrópicos e privados, executando ações de monitoramento, controle, avaliação e auditoria da assistência à saúde no âmbito do SUS.
Diretriz 5 Vigilância que protege. Saúde que chega antes.	Fortalecimento do sistema de vigilância em saúde no município para prevenir, controlar e proteger a população de riscos, agravos e doenças, com uso tecnologias modernas para detecção e resposta a ameaças à saúde, integração dos serviços e vigilância popular, considerando a determinação social da saúde.	
	Objetivo 5.1	Qualificar as ações e serviços de vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e zoonoses, em articulação com a rede de atenção à saúde, por meio de estratégias de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos a saúde pública.
	Objetivo 5.2	Fortalecer as ações da vigilância sanitária e ambiental, visando proteger a saúde da população, garantindo a segurança de produtos e serviços relacionados à saúde e monitorando o impacto dos fatores ambientais na saúde humana, implementado medidas de prevenção e controle.

8. AÇÕES, INDICADORES E METAS

8.1. DIRETRIZ 1 - MODERNIZA SUS GYN

Qualificação da gestão administrativa do SUS em Goiânia, considerando o desenvolvimento científico e tecnológico da produção, inovação e avaliação em saúde, qualificação das informações, participação social, processos de educação permanente e popular em saúde e infraestrutura, a fim de atender a população de forma equitativa, considerando a sociobiodiversidade territorial.

8.1.1. DIRETRIZ 1 – OBJETIVO 1

Qualificar e modernizar a administração geral da secretaria municipal de saúde, com foco na gestão de pessoas, infraestrutura e tecnologia da informação da SMS Goiânia, com promoção de serviços públicos com mais qualidade e com respeito ao dinheiro público, priorizando o modelo de Promoção da Saúde.

AÇÃO 1.1.1	Otimizar a infraestrutura da Rede de Saúde Mental de Goiânia com ampliação e manutenção das unidades de saúde assistenciais		
INDICADOR	Número de CAPS AD em funcionamento		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 5,00	≥ 5,00	≥ 6,00	≥ 6,00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 6,00
Responsável	Gerência de Infraestrutura e Manutenção/Diretoria de Infraestrutura e Logística		

AÇÃO 1.1.2	Melhorar infraestrutura da SMS Goiânia construindo novas unidades com vistas a ampliação de serviços		
INDICADOR	Número de unidades construídas		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 2,00	≥ 4,00	≥ 6,00	≥ 7,00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 7,00
Responsável	Gerência de Infraestrutura e Manutenção/Diretoria de Infraestrutura e Logística		

AÇÃO 1.1.3	Melhorar a infraestrutura da SMS Goiânia com reformas nas unidades assistenciais para garantir o atendimento adequado da população		
INDICADOR	Número de unidades assistenciais reformadas		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 1,00	≥ 2,00	≥ 4,00	≥ 5,00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 5,00
Responsável	Gerência de Infraestrutura e Manutenção/Diretoria de Infraestrutura e Logística		

AÇÃO 1.1.4	Promover melhorias da infraestrutura física das unidades administrativas e assistenciais da SMS Goiânia, de forma a garantir atendimento adequado à população		
INDICADOR	Percentual de ordens de serviços de manutenção corretiva iniciadas no período		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Ordens de serviços de manutenção corretiva iniciadas/ordens de serviço de manutenção corretiva emitidas) x 100)		
FONTE	Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 70,00 %	≥ 70,00 %	≥ 70,00 %	≥ 70,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 70,00 %
Responsável	Gerência de Infraestrutura e Manutenção/Diretoria de Infraestrutura e Logística		

AÇÃO 1.1.5	Qualificar o Sistema de Informação Próprio da SMS Goiânia		
INDICADOR	Número de módulos desenvolvidos/customizados do Sistema Próprio de Informação da SMS Goiânia em funcionamento		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 1,00	≥ 3,00	≥ 5,00	≥ 9,00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 9,00
Responsável	Gerência de Tecnologia da Informação/Diretoria de Infraestrutura e Logística		

AÇÃO 1.1.6	Modernizar o parque tecnológico de informática da SMS de Goiânia		
INDICADOR	Número de computadores novos/retificados instalados		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 375,00	≥ 750,00	≥ 1.125,00	≥ 1.500,00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 1.500,00
Responsável	Gerência de Tecnologia da Informação/Diretoria de Infraestrutura e Logística		

AÇÃO 1.1.7	Estruturar e implementar um modelo de gestão de pessoas, visando dimensionar o quadro funcional de forma estratégica em todas os processos das unidades da SMS Goiânia, otimizando a alocação de recursos humanos para a excelência dos serviços		
INDICADOR	Percentual de processos de trabalho com todos os cálculos de dimensionamento de pessoal concluídos		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((número de processos de trabalho com todos os cálculos de dimensionamento de pessoal concluído/número de processos de saúde existentes) x 100)		
FONTE	Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 20,00 %	≥ 50,00 %	≥ 70,00 %	≥ 100,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 100,00 %
Responsável	Gerência de Provimento, Lotação e Controle de Pessoal/Assessoria Técnica Administrativa/Diretoria Administrativa		

AÇÃO 1.1.8	Coordenar os processos de Educação Permanente em Saúde para a qualificação dos serviços da SMS Goiânia, articulando ensino, serviço e comunidade para o desenvolvimento contínuo das competências técnicas, gerenciais e relacionais dos trabalhadores do SUS		
INDICADOR	Número de reuniões periódicas do Grupo de Articulação da Educação Permanente em Saúde realizadas em determinado período de referência		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 12,00	≥ 12,00	≥ 12,00	≥ 12,00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 48,00
Responsável	Escola Municipal de Saúde Pública/Assessoria Técnica Administrativa/Diretoria Administrativa		

AÇÃO 1.1.9	Planejar, elaborar, e coordenar estratégias de comunicação pública, em articulação com as áreas técnicas da SMS de Goiânia, que assegurem a divulgação contínua de informações validadas em saúde, fortalecendo o letramento e o engajamento social nas ações de promoção, vigilância, prevenção e cuidado no SUS.		
INDICADOR	Número de campanhas publicitárias realizadas em determinado período		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 6,00	≥ 6,00	≥ 6,00	≥ 6,00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 24,00
Responsável	Assessoria de Comunicação		

AÇÃO 1.1.10	Aperfeiçoar a gestão do SUS através do monitoramento e avaliação		
INDICADOR	Número de relatórios de gestão entregues no prazo		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 4,00	≥ 4,00	≥ 4,00	≥ 4,00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 12,00
Responsável	Gerência de Planejamento e Projetos/Diretoria de Políticas Públicas		

8.1.2. DIRETRIZ 1 – OBJETIVO 2

Fortalecer os espaços de controle e participação social e popular garantindo as condições de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e suas conferências.

AÇÃO 1.2.1	Fomentar e apoiar a participação social e popular nos processos de formulação e implementação de políticas de saúde		
INDICADOR	Número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde realizadas em determinado período de referência		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 12,00	≥ 12,00	≥ 12,00	≥ 12,00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 48,00
Responsável	Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde		

AÇÃO 1.2.2	Ampliar e fortalecer a gestão participativa entre todos os segmentos da sociedade por meio da realização de Conferências Municipais de Saúde		
INDICADOR	Número de Conferências Municipais de Saúde realizadas		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
0,00	≥ 1,00	0,00	≥ 1,00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 2,00
Responsável	Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde		

AÇÃO 1.2.3	Qualificar a Ouvidoria do SUS como instância estratégica de participação social e gestão democrática, potencializando sua atuação na mediação entre cidadãos e gestão para o aperfeiçoamento contínuo dos serviços de saúde		
INDICADOR	Percentual de demandas registradas na Ouvidoria analisadas em até 60 dias e com retorno qualificado à população		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Demandas respondidas em até 60 dias / Total de demandas registradas) x 100)		
FONTE	Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 70,00 %	≥ 75,00 %	≥ 80,00 %	≥ 85,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 85,00 %
Responsável	Gerência de Ouvidoria		

8.2. DIRETRIZ 2 - ATENÇÃO PRIMÁRIA MAIS PERTO DE VOCÊ

Consolidação da Atenção Primária à Saúde como principal porta de entrada do SUS e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade

8.2.1. DIRETRIZ 2 – OBJETIVO 1

Adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

AÇÃO 2.1.1	Qualificar a coordenação do cuidado pela Atenção Primária Saúde		
INDICADOR	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Número de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período/ Total de internações clínicas, em determinado local e período) x 100)		
FONTE	Sistema de Internação Hospitalar		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≤ 25,08 %	≤ 23,05%	≤ 21.02 %	≤ 19,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≤ 19,00 %
Responsável	Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.2	Aumentar o acesso da população a serviços da Atenção Primária, por meio da territorialização		
INDICADOR	Cobertura Potencial Estimada da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((nº eSF x 3.500) + (nº eAP 20h x 1.750) + (nº eAP 30h x 2.625) + (população eCR, eSFR e eAPP com cadastro vinculado informada no eSUS)) x 100		
FONTE	eSUS Atenção Primária à Saúde eSUS Território eGestor AB Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 53,93 %	≥ 54,16 %	≥ 54,40 %	≥ 54,87 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 54,87 %
Responsável	Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.3	Ampliar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde por meio da implantação e integração de equipes multiprofissionais		
INDICADOR	Número total de equipes multiprofissionais implantadas e financiadas no município de Goiânia		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde eGestor AB Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 1,00	≥ 2,00	≥ 3,00	≥ 5,00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 5,00
Responsável	Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.4	Institucionalizar e qualificar a Política de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde		
INDICADOR	Percentual de Unidades de Saúde que realizam práticas integrativas e complementares em Saúde.		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Número de Unidades de Saúde que realizam práticas integrativas e complementares em Saúde da SMS Goiânia/Número total de Unidades de Saúde) *100)		
FONTE	Sistema de Informação Ambulatorial Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 45,00 %	≥ 50,00 %	≥ 60,00%	≥ 70,00%
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 70,00%
Responsável	Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.5	Organizar o acesso na Atenção Primária à Saúde		
INDICADOR	Percentual de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo no indicador ‘C1 - Mais Acesso à Atenção Primária à Saúde’ do componente de qualidade do cofinanciamento Federal de Indução de Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Nº total de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo/Número total de equipes) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Rede Nacional de Dados em Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 30,00 %	≥ 40,00 %	≥ 50,00 %	≥ 60,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 60,00 %
Responsável	Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.6	Qualificar o acesso e acompanhamento efetivo das crianças até dois anos na Atenção Primária à Saúde		
INDICADOR	Percentual de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo no indicador ‘C2 - Cuidado no desenvolvimento infantil na Atenção Primária à Saúde’ do componente de qualidade do cofinanciamento Federal de Indução de Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Nº total de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo/Número total de equipes) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Rede Nacional de Dados em Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 30,00 %	≥ 40,00 %	≥ 50,00 %	≥ 60,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 60,00 %
Responsável	Gerência de Atenção aos Ciclos de Vida/Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.7	Qualificar o acesso e acompanhamento efetivo das gestantes e puérperas na Atenção Primária à Saúde		
INDICADOR	Percentual de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo no indicador ‘C3 - Cuidado na Gestação e Puerpério na Atenção Primária à Saúde’ do componente de qualidade do cofinanciamento Federal de Indução de Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Nº total de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo/Número total de equipes) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Rede Nacional de Dados em Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 30,00 %	≥ 40,00 %	≥ 50,00 %	≥ 60,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 60,00 %
Responsável	Gerência de Atenção aos Ciclos de Vida/Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.8	Qualificar a rede de atendimento à saúde materna e infantil para reduzir os óbitos infantis		
INDICADOR	Taxa de Mortalidade Infantil		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade/número de nascidos vivos de mães residentes) x 1.000)		
FONTE	Sistema de Informação de Mortalidade Sistema de Informação de Nascidos Vivos		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≤ 11,71/1.000	≤ 11,30/1.000	≤ 10,90/1.000	≤ 10,49/1.000
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≤ 10,49/1.000
Responsável	Gerência de Atenção aos Ciclos de Vida/Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.9	Qualificar a assistência ao pré-natal, parto e nascimento para reduzir a ocorrência de óbito materno		
INDICADOR	Número de óbitos maternos		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Sistema de Informação de Mortalidade		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≤ 14,00	≤ 13,00	≤ 12,00	≤ 10,00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≤ 10,00
Responsável	Gerência de Atenção aos Ciclos de Vida/Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.10	Qualificar o acesso e acompanhamento efetivo das pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde		
INDICADOR	Percentual de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo no indicador ‘C6 - Cuidado da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde’ do componente de qualidade do cofinanciamento Federal de Indução de Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Nº total de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo/Número total de equipes) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Rede Nacional de Dados em Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 40,00 %	≥ 50,00 %	≥ 60,00 %	≥ 70,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 70,00 %
Responsável	Gerência de Atenção aos Ciclos de Vida/Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.11	Qualificar o acesso e acompanhamento efetivo das mulheres e dos homens transgêneros na Atenção Primária à Saúde		
INDICADOR	Percentual de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo no indicador ‘C7 - Cuidado da mulher na prevenção do câncer na Atenção Primária à Saúde’ do componente de qualidade do cofinanciamento Federal de Indução de Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Nº total de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo/Número total de equipes) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Rede Nacional de Dados em Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 30,00 %	≥ 40,00 %	≥ 50,00 %	≥ 60,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 60,00 %
Responsável	Gerência de Atenção aos Ciclos de Vida/Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.12	Qualificar o acesso e acompanhamento efetivo das pessoas com diabetes na Atenção Primária à Saúde		
INDICADOR	Percentual de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo no indicador ‘C4 - Cuidado da pessoa com diabetes na Atenção Primária à Saúde’ do componente de qualidade do cofinanciamento Federal de Indução de Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Nº total de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo/Número total de equipes) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Rede Nacional de Dados em Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 60,00 %	≥ 70,00 %	≥ 80,00 %	≥ 90,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 90,00 %
Responsável	Gerência de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis/Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.13	Qualificar o acesso e acompanhamento efetivo das pessoas com hipertensão na Atenção Primária à Saúde		
INDICADOR	Percentual de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo no indicador ‘C5 - Cuidado da pessoa com hipertensão na Atenção Primária à Saúde’ do componente de qualidade do cofinanciamento Federal de Indução de Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Nº total de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo/Número total de equipes) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Rede Nacional de Dados em Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 60,00 %	≥ 70,00 %	≥ 80,00 %	≥ 90,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 90,00 %
Responsável	Gerência de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis/Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.14	Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio da atenção, prevenção e promoção da saúde para controle e redução de doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas		
INDICADOR	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Número de óbitos de 30 a 69 anos por DCNT em determinado ano e local/ Faixa etária de 30 a 69 da população residente em Goiânia) x 100.000)		
FONTE	Sistema de Informação de Mortalidade Instituto de Geografia e Estatística		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≤ 272,17/100.000	≤ 257,84/100.000	≤ 243,52/100.000	≤ 229,19/100.000
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≤ 229,19/100.000
Responsável	Gerência de Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis/Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.15	Integrar as políticas de saúde e educação para promover a saúde e o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública, por meio da articulação entre profissionais de saúde da atenção primária e educadores		
INDICADOR	Percentual de escolas pactuadas que realizaram pelo menos uma ação de saúde no ciclo vigente		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Número de escolas pactuadas na adesão que realizaram ações do Programa de Saúde na Escola/ Número total de escolas pactuadas na adesão do Programa de Saúde na Escola) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Rede Nacional de Dados em Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 70,00%	≥ 80,00%	≥ 90,00%	≥ 100,00%
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 100,00%
Responsável	Gerência de Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis/Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.16	Fortalecer e expandir a política de atenção integral à saúde da população em situação de rua		
INDICADOR	Número de equipes do Consultório na Rua em funcionamento no município		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde eGestor AB Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 2,00	≥ 3,00	≥ 4,00	≥ 5,00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 5,00
Responsável	Gerência de Atenção às Populações Específicas/Diretoria de Atenção Primária e Promoção da Saúde/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.17	Aumentar acesso dos usuários aos serviços de saúde bucal da atenção primária		
INDICADOR	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((nº eSB x 3.450) + (nº eSB equivalentes x 3.000) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde eGestor AB Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 23,33 %	≥ 23,81 %	≥ 24,90 %	≥ 24,77 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 24,77 %
Responsável	Gerência de Saúde Bucal/Diretoria de Atenção Especializada, Urgência e Emergência/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.18	Qualificar o acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde		
INDICADOR	Percentual de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo no indicador ‘B1 - Primeira Consulta Programada por equipe de Saúde Bucal’ do componente de qualidade do cofinanciamento Federal de Indução de Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Nº total de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo/Número total de equipes) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Rede Nacional de Dados em Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 50,00 %	≥ 60,00 %	≥ 70,00 %	≥ 80,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 80,00 %
Responsável	Gerência de Saúde Bucal/Diretoria de Atenção Especializada, Urgência e Emergência/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.19	Aumentar a resolutividade dos serviços de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde		
INDICADOR	Percentual de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo no indicador ‘B2 - Tratamento Concluído por equipe de Saúde Bucal’ do componente de qualidade do cofinanciamento Federal de Indução de Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Nº total de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo/Número total de equipes) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Rede Nacional de Dados em Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 70,00 %	≥ 75,00 %	≥ 80,00 %	≥ 85,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 85,00 %
Responsável	Gerência de Saúde Bucal/Diretoria de Atenção Especializada, Urgência e Emergência/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 2.1.20	Adotar um modelo de atenção promotora da saúde com valorizando das ações de promoção e prevenção em Saúde Bucal		
INDICADOR	Percentual de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo no indicador ‘B4 - Escovação Supervisionada por equipe de Saúde Bucal em faixa etária escolar (6 a 12 anos)’ do componente de qualidade do cofinanciamento Federal de Indução de Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Nº total de equipes que atingiram parâmetro bom ou ótimo/Número total de equipes) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Rede Nacional de Dados em Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 40,00 %	≥ 50,00 %	≥ 60,00 %	≥ 70,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 70,00 %
Responsável	Gerência de Saúde Bucal/Diretoria de Atenção Especializada, Urgência e Emergência/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

8.3. DIRETRIZ 3 - FARMA SUS! AQUI TEM REMÉDIO!

Promoção da gestão responsável e eficiente dos recursos da assistência farmacêutica, com planejamento, inovação e aprimoramento dos processos internos, definindo as prioridades alinhadas às necessidades da sociedade

8.3.1. DIRETRIZ 3 – OBJETIVO 1

Qualificar as ações relacionadas com a assistência farmacêutica e ao acesso oportuno aos medicamentos e insumos no âmbito da SMS Goiânia.

AÇÃO 3.1.1	Garantir à população o acesso a medicamentos considerados essenciais		
INDICADOR	Índice de abastecimento de medicamentos no almoxarifado central		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Número de itens da Relação de Medicamentos Municipais em estoque na Central de Abastecimento Farmacêutico ao longo do ano/Número total de itens da Relação de Medicamentos Municipais itens vigentes) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação de Consulta de Atendimento Ambulatorial Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 62,00 %	≥ 63,00 %	≥ 64,00 %	≥ 65,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 65,00 %
Responsável	Gerência de Planejamento e Suprimento da Rede/Diretoria Administrativa		

AÇÃO 3.1.2	Qualificar as ações e o acesso da população a medicamentos, promovendo o seu uso racional		
INDICADOR	Número de documento publicado com a Relação de Medicamentos Municipais atualizada		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Diário Oficial do Município Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 01	≥ 00	≥ 01	≥ 00
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 02
Responsável	Gerência de Assistência Farmacêutica/Diretoria de Apoio Logístico Assistencial/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

8.4. DIRETRIZ 4 - GOIÂNIA TEM ESPECIALISTA!

Promoção da integração dos serviços de atenção especializada ambulatorial e hospitalar, própria e contratualizada, com a rede de atenção, especialmente com atenção primária à saúde, com vistas a garantia da continuidade do cuidado da pessoa.

8.4.1. DIRETRIZ 4 – OBJETIVO 1

Fortalecer as ações e serviços próprios da atenção especializada ambulatorial e hospitalar como integrante da rede de atenção à saúde, visando foco na pessoa e na otimização de sua jornada, bem como ao uso de critérios clínicos para adequar a oferta de ações e serviços de saúde.

AÇÃO 4.1.1	Qualificar o atendimento na Rede de Atenção às Urgências		
INDICADOR	Proporção de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Número de óbitos das internações de paciente residentes acima de 20 anos por IAM/Número total das internações de paciente residentes acima de 20 anos por IAM) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação de Internação Hospitalar Sistema de Informação de Mortalidade		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≤ 8,40 %	≥ 8,40 %	≥ 8,40 %	≥ 8,40 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 8,40 %
Responsável	Gerência de Urgências/Diretoria de Atenção Secundária, Urgência e Emergência/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 4.1.2	Qualificar a Rede Assistencial Pré-Hospitalar Móvel de atendimento às urgências		
INDICADOR	Tempo médio de resposta das ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, considerando o intervalo entre o recebimento da chamada na Central de Regulação e a chegada da equipe ao local do evento		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Soma dos tempos de resposta de todas as ocorrências válidas / Número total de ocorrências válidas com registro de chegada) x 100)		
FONTE	Sistema Registro de Atendimento Integrado Virtual Sistema de Informação de Consulta e Atendimento Ambulatorial		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≤ 20 minutos	≤ 20 minutos	≤ 20 minutos	≤ 20 minutos
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≤ 20 minutos
Responsável	Serviço de Atendimento Médico de Urgência/Diretoria de Atenção Secundária, Urgência e Emergência/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 4.1.3	Promover a expansão qualificada da atenção domiciliar, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a efetiva articulação com toda a Rede de Atenção à Saúde		
INDICADOR	Número de equipes de Serviço de Atenção Domiciliar habilitadas		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 01	≥ 02	≥ 03	≥ 04
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 04
Responsável	Gerência de Atenção Especializada/Diretoria de Atenção Secundária, Urgência e Emergência/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 4.1.4	Qualificar o cuidado integral à gestante para reduzir a morbimortalidade materna		
INDICADOR	Proporção de parto normal nas maternidades próprias		
FÓRMULA DE CÁLCULO	(Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos em maternidades próprias em determinado local e ano/Número de nascidos vivos de todos os partos ocorridos em maternidades próprias no mesmo local e ano) x 100)		
FONTE	Sistema de Internação Hospitalar		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 42,56 %	≥ 42,56 %	≥ 42,56 %	≥ 42,56 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 42,56 %
Responsável	Gerência de Atenção Especializada/ Diretoria de Atenção Secundária, Urgência e Emergência /Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 4.1.5	Qualificar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no município		
INDICADOR	Proporção de emissões otoascusticas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha) realizadas nas maternidades próprias durante a internação para o parto		
FÓRMULA DE CÁLCULO	(Número de emissões otoascusticas evocadas para triagem auditiva realizadas maternidades próprias durante a internação /Número de nascidos vivos de todos os partos ocorridos em maternidades próprias) x 100)		
FONTE	Sistema de Internação Hospitalar		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 50,00 %	≥ 60,00 %	≥ 70,00 %	≥ 80,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 80,00 %
Responsável	Gerência de Atenção Especializada/ Diretoria de Atenção Secundária, Urgência e Emergência /Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 4.1.6	Qualificar os serviços da Rede de Atenção Psicossocial		
INDICADOR	Número de Centros de Atenção Psicossocial habilitados		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 7	≥ 7	≥ 9	≥ 12
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 12
Responsável	Gerência de Saúde Mental/Diretoria de Atenção Secundária, Urgência e Emergência/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 4.1.7	Qualificar o cuidado em saúde mental nos serviços de Atenção Primária à Saúde		
INDICADOR	Percentual de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com registro mensal de atividades de matriciamento nos serviços de Atenção Primária à Saúde		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Nº de CAPS habilitados com pelo menos um registro de matriciamento da Atenção Básica no mês/total de CAPS habilitados) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação Ambulatorial		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 40,00 %	≥ 50,00 %	≥ 60,00 %	≥ 75,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 75,00 %
Responsável	Gerência de Saúde Mental/Diretoria de Atenção Secundária, Urgência e Emergência/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

AÇÃO 4.1.8	Aumentar e qualificar o atendimento laboratorial nas Unidades de Pronto Atendimento		
INDICADOR	Porcentagem de Unidades de Pronto Atendimento com exame de hemograma realizado na própria unidade		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((número de unidades de pronto atendimento com exame de hemograma disponível na própria unidade/número total de unidades de pronto atendimento) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação de Consulta e Atendimento Ambulatorial Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 100,00%	≥ 100,00%	≥ 100,00%	≥ 100,00%
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 100,00%
Responsável	Gerência de Atenção Especializada/Diretoria de Atenção Secundária, Urgência e Emergência/Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde		

8.4.2. DIRETRIZ 4 – OBJETIVO 2

Otimizar as ações de regulação que são dirigidas aos prestadores públicos, filantrópicos e privados, executando ações de monitoramento, controle, avaliação e auditoria da assistência à saúde no âmbito do SUS.

AÇÃO 4.2.1	Aumentar as estratégias para a Regulação do Acesso à Assistência buscando reduzir o tempo de espera e melhorar o atendimento à população		
INDICADOR	Número de cirurgias eletivas de residentes de Goiânia em um determinado período.		
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número absoluto		
FONTE	Sistema de Informação Hospitalar		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 10.743,70	≥ 11.232,05	≥ 11.720,40	≥ 12.208,75
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 12.208,75
Responsável	Gerência de Procedimentos de Alta Complexidade/Diretoria do Complexo Regulador Municipal/Superintendência de Regulação, Avaliação e Controle		

AÇÃO 4.2.2	Otimizar o acesso às consultas especializadas reguladas aos munícipes de Goiânia		
INDICADOR	Proporção de perda primária de consultas especializadas reguladas		
FÓRMULA DE CÁLCULO	(Diferença entre total de primeiras consultas disponibilizadas para a rede do total de primeiras consultas agendadas) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação de Consulta e Atendimento Ambulatorial		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≤ 45,00 %	≤ 35,00 %	≤ 25,00 %	≤ 15,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≤ 15,00 %
Responsável	Gerência de Procedimentos de Média Complexidade/Diretoria do Complexo Regulador Municipal/Superintendência de Regulação, Avaliação e Controle		

AÇÃO 4.2.3	Aprimorar a assistência em oncologia		
INDICADOR	Percentual de usuários com início de tratamento em até 60 dias após diagnóstico		
FÓRMULA DE CÁLCULO	(número de usuários residentes com início de tratamento em até 60 dias após diagnóstico de neoplasias malignas em determinado período / número total de usuários com diagnóstico de neoplasias malignas em determinado período) x 100		
FONTE	Sistema de Informação Ambulatorial Sistema de Internação Hospitalar Sistema de Informação de Câncer		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 100,00 %
Responsável	Gerência de Procedimentos de Média Complexidade/Diretoria do Complexo Regulador Municipal/Superintendência de Regulação, Avaliação e Controle		

AÇÃO 4.2.4	Promover a equidade e o equilíbrio na oferta e no acesso aos serviços de saúde, fortalecendo a regionalização e a integralidade da atenção no âmbito do município de Goiânia e dos municípios pactuados		
INDICADOR	Percentual de Execução do Teto Financeiro da Média e Alta Complexidade.		
FÓRMULA DE CÁLCULO	(Valor produzido de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar no ano / Valor pactuado na Programação Pactuada Integrada para o teto de alta e média complexidade) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação Ambulatorial Sistema de Informação de Internação Hospitalar Sistema de Programação Pactuada Integrada		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≤ 95,00 %	≤ 95,00 %	≤ 95,00 %	≤ 95,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≤ 95,00 %
Responsável	Gerência de Programação Pactuada Integrada/Diretoria de Avaliação e Controle/Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação.		

AÇÃO 4.2.5	Qualificar o serviço de auditoria para apoiar ações que assegurem a melhoria contínua da gestão e da qualidade dos serviços de assistência à população		
INDICADOR	Percentual de auditorias com a finalidade de atividade de monitoramento		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Número total de atividades de monitoramento cadastradas/ número total de atividades de auditorias cadastradas) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação de Auditoria		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≤ 5,00 %	≤ 5,00 %	≤ 4,80 %	≤ 4,50 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≤ 4,50 %
Responsável	Gerência de Auditoria e Vistoria/Diretoria de Avaliação e Controle/Superintendente de Regulação, Avaliação e Controle		

8.5. DIRETRIZ 5 - VIGILÂNCIA QUE PROTEGE. SAÚDE QUE CHEGA ANTES.

Fortalecimento do sistema de vigilância em saúde no município para prevenir, controlar e proteger a população de riscos, agravos e doenças, com uso tecnologias modernas para detecção e resposta a ameaças à saúde, integração dos serviços e vigilância popular, considerando a determinação social da saúde.

8.5.1. DIRETRIZ 5 – OBJETIVO 1

Qualificar as ações e serviços de vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e zoonoses, em articulação com a rede de atenção à saúde, por meio de estratégias de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos a saúde pública.

AÇÃO 5.1.1	Aumentar as coberturas vacinais do Calendário Básico de Vacinação da Criança		
INDICADOR	Proporção de Vacinas Infantis com Cobertura Adequada		
FÓRMULA DE CÁLCULO	(Número de vacinas que atingiram a cobertura ≥95% / 4) x 100		
FONTE	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 100,00 %
Responsável	Gerência de Imunização/Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Superintendência de Vigilância em Saúde		

AÇÃO 5.1.2		Aperfeiçoar as ações de vigilância em saúde e ambiente no município	
INDICADOR	Proporção de metas do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) atingidas		
	(i)	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência (≥ 90%)	
	(ii)	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência (≥ 90%)	
	(iii)	Proporção de salas de vacinas ativas cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, habilitados com serviço de imunização 174, informando mensalmente dados de vacinação (≥ 80%)	
	(iv)	Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (pentavalente – 3ª dose, poliomielite – 3ª dose, pneumocócica 10 valente – 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral – 1ª dose) – com coberturas vacinais preconizadas (≥ 100%)	
	(v)	Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro) (≥ 75%)	
	(vi)	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional encerrados em até 60 dias após notificação (≥ 80%)	
	(vii)	Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno (≥ 70%)	
	(viii)	Proporção de óbitos suspeitos de dengue e Chikungunya encerrados em até 60 dias após a data de notificação (≥ 75%)	
	(ix)	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (≥ 82%)	
	(x)	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial (≥ 70%)	
	(xi)	Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (Redução de um ponto percentual do valor do ano base ou a manutenção de percentual zero.)	
	(xii)	Percentual de casos de Pessoas Vivendo com HIV/ aids (PVHA) com LT CD4 menor que 200 cels/mm3 em relação ao total de casos novos de PVHA com LT CD4 registrados no SISCEL por ano de diagnóstico (≥ 90%)	
	(xiii)	Proporção de preenchimento dos campos “Ocupação” e “Atividade Econômica (CNAE)”3, 4 nas notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena segundo município de notificação (≥ 80%)	
	(xiv)	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida (≥ 95%)	
FÓRMULA DE CÁLCULO		((Nº de metas totalmente atingidas/ Total de metas pactuadas) × 100)	
FONTE		Resultados do PQA-VS no site do Ministério da Saúde	
META ANUAL			
2026		2027	
2028		2029	
≥ 65,00 %		≥ 75,00 %	
≥ 85,00 %		≥ 90,00 %	
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 90,00 %
Responsável		Superintendência de Vigilância em Saúde	

AÇÃO 5.1.3	Responder a eventuais ameaças à saúde pública de forma ágil		
INDICADOR	Percentual de rumores investigados em até 48 horas após solicitação do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Número de rumores verificados em até 48h / Total de rumores solicitados pelo CIEVS) × 100)		
FONTE	Relatório Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 80,00 %	≥ 80,00 %	≥ 80,00 %	≥ 80,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 80,00 %
Responsável	Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Transmissíveis/Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Superintendência de Vigilância em Saúde		

AÇÃO 5.1.4	Qualificar o registro de óbitos fetais e infantis, maternos e em mulheres em idade fértil		
INDICADOR	Média da proporção de óbitos fetais e infantis, maternos e em mulheres em idade fértil investigados		
FÓRMULA DE CÁLCULO	(Proporção de óbitos infantis e fetais investigados e concluídos + Proporção de maternos investigados e concluídos + Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil investigados e concluídos) / 3)		
FONTE	Sistema de Informação de Nascidos Vivos Sistema de Informação de Mortalidade Relatório do Comitê de Investigação de Óbitos/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 100,00 %
Responsável	Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Transmissíveis/Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Superintendência de Vigilância em Saúde		

AÇÃO 5.1.5	Qualificar o registro de óbitos por lesões de trânsito em Goiânia		
INDICADOR	Percentual de óbitos por acidentes de trânsito investigados em 120 dias		
FÓRMULA DE CÁLCULO	(Número de óbitos por acidentes de trânsito em Goiânia investigados em 120 dias / Número total de óbitos por acidentes de trânsito em Goiânia) × 100		
FONTE	Sistema de Informação de Mortalidade Sistema Registro de Atendimento Integrado Virtual Relatório do Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 80,00 %	≥ 85,00 %	≥ 90,00 %	≥ 90,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 90,00 %
Responsável	Gerência de Vigilância de Violências e Acidentes/Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Superintendência de Vigilância em Saúde		

AÇÃO 5.1.6	Implementar a Política Municipal de Promoção e Atenção ao Desenvolvimento Infantil Saudável e Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Violência em Goiânia		
INDICADOR	Proporção de notificações imediatas de suspeita ou confirmação de negligências graves e violências físicas severas, com risco de morte, na faixa etária de 0 a 6 anos		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Número total de notificações imediatas (24 horas) suspeita ou confirmação de negligências graves e violências físicas severas, com risco de morte, na faixa etária de 0 a 6 anos/ total de notificações de suspeita ou confirmação de negligencias graves e violências físicas severas, com risco de morte, na faixa etária de 0 a 6 anos) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação de Agravos de Notificação		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 52,00 %	≥ 55,00%	≥ 58,00 %	≥ 60,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 60,00 %
Responsável	Gerência de Vigilância de Violências e Acidentes/Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Superintendência de Vigilância em Saúde		

AÇÃO 5.1.7	Qualificar as ações de Vigilância, Prevenção e Controle da Febre Amarela no município		
INDICADOR	Percentual de notificações de epizootias de Primata Não Humano investigadas		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Número total de epizootias investigadas/número total de epizootias notificadas) x 100)		
FONTE	Relatório do Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 100,00 %
Responsável	Gerência de Controle de Animais Sinantrópicos/Diretoria de Vigilância em Zoonoses/Superintendência de Vigilância em Saúde		

AÇÃO 5.1.8	Qualificar as ações de Profilaxia da Raiva em Goiânia		
INDICADOR	Percentual de doses da vacina antirrábica animal disponibilizadas pelo Ministério da Saúde utilizadas durante o ano		
FÓRMULA DE CÁLCULO	(Total de doses da vacina antirrábica aplicadas em cães e gatos no município / total de doses disponibilizadas pelo Ministério da Saúde) x 100)		
FONTE	Relatório do Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 80,00 %	≥ 80,00 %	≥ 80,00 %	≥ 80,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 80,00 %
Responsável	Gerência de Controle de Animais Sinantrópicos/Diretoria de Vigilância em Zoonoses/Superintendência de Vigilância em Saúde		

AÇÃO 5.1.9	Reduzir infestação de Aedes Aegypti no município		
INDICADOR	Percentual de execução da meta programada de Levantamento de Índice Rápido (LIRa) para controle de Aedes aegypti		
FÓRMULA DE CÁLCULO	(Número de LIRa realizados no período / meta de LIRa para o período) x 100		
FONTE	Sistema de Informação do Levantamentos de Índice Rápido		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 100,00 %
Responsável	Gerência de Controle de Vetorial/Diretoria de Vigilância em Zoonoses/Superintendência de Vigilância em Saúde		

AÇÃO 5.1.10	Fortalecer a vigilância epidemiológica do município por meio da qualificação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica.		
INDICADOR	Proporção de adequação da notificação de agravos prioritários pelos Núcleos de Vigilância Epidemiológica (NVE)		
FÓRMULA DE CÁLCULO	(Número de agravos de notificação compulsória notificados e encerrados em tempo oportuno pelos NVE / Total de agravos de notificação compulsória identificados pelos NVE) x 100		
FONTE	Sistema de Informação de Agravos de Notificação Relatório do Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 70,00 %	≥ 80,00 %	≥ 90,00 %	≥ 95,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 95,00 %
Responsável	Superintendência de Vigilância em Saúde		

AÇÃO 5.1.11	Promover a qualificação e a melhoria dos dados e informações sobre o esclarecimento da causa mortis de todos os óbitos de causa natural, cujo corpo é de pessoa identificada, sem elucidação diagnóstica, com ou sem assistência médica.		
INDICADOR	Percentual de óbitos de causas mal definidas e causas inespecíficas, atestados pelo Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Número de óbitos de causas mal definidas e causas inespecíficas atestados pelo SVO no período considerado/Total de óbitos atestados pelo SVO (todas as causas) no mesmo período) x 100)		
FONTE	Sistema de Informação de Mortalidade Relatório do Interno/Sistema Eletrônico de Informações		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≤ 6,00 %	≤ 6,00 %	≤ 6,00 %	≤ 5,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≤ 5,00 %
Responsável	Serviço de Verificação de Óbitos/Superintendência de Vigilância em Saúde		

8.5.2. DIRETRIZ 5 – OBJETIVO 2

Fortalecer as ações da vigilância sanitária e ambiental, visando proteger a saúde da população, garantindo a segurança de produtos e serviços relacionados à saúde e monitorando o impacto dos fatores ambientais na saúde humana, implementando medidas de prevenção e controle.

AÇÃO 5.2.1	Fortalecer a prevenção de riscos sanitários e proteção da saúde pública		
INDICADOR	Percentual dos tipos de ações de vigilância sanitária (VISA) realizadas no município		
FÓRMULA DE CÁLCULO	(Número de grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas pelo município) / (7) x 100) Grupos de ações: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA; (ii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA; (iii) atividades educativas para população; (iv) atividades educativas para o setor regulado; (v) recebimento de denúncias; (vi) atendimento de denúncias; e (vii) instauração de processo administrativo sanitário		
FONTE	Sistema de Informação Ambulatorial		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 100,00 %
Responsável	Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental/Superintendência de Vigilância em Saúde		

AÇÃO 5.2.2	Estabelecer uma cultura de segurança do paciente nos Hospitais próprios e Unidades de Pronto Atendimento		
INDICADOR	Percentual dos Hospitais próprios e Unidades de Pronto Atendimento realizando notificações (10 a 12 meses ao ano) de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Número de serviços de saúdes que notificaram incidentes de segurança regularmente / Número total de serviços de saúde) x 100)		
FONTE	Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≤ 60,00 %	≤ 50,00 %	≤ 40,00 %	≤ 20,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≤ 20,00 %
Responsável	Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental/Superintendência de Vigilância em Saúde		

AÇÃO 5.2.3	Mapear e controlar riscos à saúde humana decorrentes de áreas com solo contaminado por substâncias químicas		
INDICADOR	Percentual de postos de combustível com diagnóstico completo de problemas estruturais (benzenismo)		
FÓRMULA DE CÁLCULO	((Nº de postos com diagnóstico completo / Total de postos estabelecido no plano de amostragem (52)) × 100)		
FONTE	Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado		
META ANUAL			
2026	2027	2028	2029
≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %	≥ 100,00 %
Meta Quadriênio 2026 a 2029			≥ 100,00 %
Responsável	Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental/Superintendência de Vigilância em Saúde		

9. VALORES APROVADOS POR DIRETRIZES NO PLANO PLURIANUAL 2026 - 2029

Quadro 3 - Descrição dos Valores aprovados por Diretrizes do Plano Plurianual, SMS Goiânia, 2026 – 2029*

DIRETRIZ	2026 (R\$)	2027 (R\$)	2028 (R\$)	2029 (R\$)
Qualificação da gestão administrativa do SUS em Goiânia, considerando o desenvolvimento científico e tecnológico da produção, inovação e avaliação em saúde, qualificação das informações, participação social, processos de educação permanente e popular em saúde e infraestrutura, a fim de atender a população de forma equitativa, considerando a sociobiodiversidade territorial.	874.842.630,21	921.773.690,47	977.184.158,07	1.032.550.938,36
Comunicação Social – Divulgação e comunicação de políticas públicas	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00
Consolidação da Atenção Primária à Saúde como principal porta de entrada do SUS e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade	160.534.381,20	162.504.816,90	170.167.634,93	178.501.652,96
Promoção da gestão responsável e eficiente dos recursos da assistência farmacêutica, com planejamento, inovação e aprimoramento dos processos internos, definindo as prioridades alinhadas às necessidades da sociedade	20.279.699,06	20.965.254,07	21.683.030,17	22.434.541,74
Promoção da integração dos serviços de atenção especializada ambulatorial e hospitalar, própria e contratualizada, com a rede de atenção, especialmente com atenção primária à saúde, com vistas a garantia da continuidade do cuidado da pessoa.	890.667.490,11	882.096.948,10	926.788.598,60	972.114.150,44
Fortalecimento do sistema de vigilância em saúde no município para prevenir, controlar e proteger a população de riscos, agravos e doenças, com uso tecnologias modernas para detecção e resposta a ameaças à saúde, integração dos serviços e vigilância popular, considerando a determinação social da saúde.	63.666.276,32	66.765.471,37	70.150.130,22	73.854.085,90
Outros (encargos especiais: serviço da dívida interna, programa de encargos especiais, encargos e amortização da dívida interna; outros encargos especiais – programas e encargos especiais, contribuição PASEP))	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Total (em Reais – R\$)	2.010.004.476,90	2.054.120.180,91	2.165.987.551,99	2.279.469.369,40

Fonte: Diário Oficial do Município, 2025. *Lei nº 11.510/2025

10. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

As Diretrizes, Objetivos, Ações, Indicadores e Metas do PMS 2026 a 2029 serão sistematicamente acurados e analisados pelas áreas da SMS Goiânia, mensalmente, quadrimestralmente e anualmente e seus resultados irão compor o três Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anteriores e o Relatório Anual de Gestão, a ser enviado ao Conselho Municipal de Saúde e Câmara Municipal nos prazos previstos. Estes resultados, também, serão disponibilizados ao Ministério da Saúde no Sistema DIGISUS (<https://digisusgmp.saude.gov.br>).

Este monitoramento e avaliação será executado pela Gabinete do Secretário de Saúde, sob organização da Gerência de Planejamento e Projetos (GERPLA) da Diretoria de Políticas Públicas, onde todas as instâncias da Secretaria, terão a obrigatoriedade de construção de Planos de Atividades para cada uma das ações, contendo detalhamento das atividades, metas parciais e cronograma, e com avaliações mensais e quadrimestrais deles.

Para tal intento, a GERPLA elaborou um processo de monitoramento que inclui etapas de Educação Permanente em Saúde para as áreas envolvidas e acompanhamento dos processos por meio de planilhas compartilhadas de forma online.

A etapa de Educação Permanente em Saúde conta com diversas oficinas, que a medida da necessidade é repetida ao longo dos anos com técnicos, gerentes e diretores das áreas da SMS. São elas:

- a) Uma **oficina básica** onde são discutidas as temáticas sobre planejamento no SUS e instrumentos de gestão, neste ponto enfatizando como se deu a construção do Plano Municipal de Saúde de Goiânia.
- b) Uma **oficina sobre instrumentos de planejamento**, onde são apresentadas ferramentas como planejamento visual, planejamento estratégico, plano de ação 5W2H, kanban, matriz de esforço e impacto, definição de cronograma, árvores de problemas, painel de indicadores, projeto de investimentos e construção de projetos.
- c) Uma **oficina sobre acompanhamento de emendas parlamentares** na SMS.

- d) Uma **oficina sobre construção de Planos de Atividades**, que conta com levantamento de problemas e causas, priorização das causas e confecção da planilha de atividades no modelo 5W2H, que apresenta para cada problema a ser enfrentado, o que, onde, porque, quem, quando, como será realizado e quanto custará para realizar.
- e) Uma **oficina sobre o monitoramento das ações** especificamente desenvolvido para o município de Goiânia, dividida em no mínimo três momentos. No primeiro encontro é realizado as explicações de como funciona o monitoramento e suas etapas, no segundo momento, que ocorre depois que a área responsável fez os preenchimentos das informações solicitadas na planilha, visando discutir as dúvidas surgidas durante o processo. Do terceiro momento em diante, ocorre o monitoramento contínuo que culmina em uma outra oficina uma vez por quadrimestre, mas também quando há solicitação da área ou quando a GERPLA identifica a necessidade de mediação.
- f) **Oficinas colaborativas** com temáticas sobre as ações e/ou indicadores que são solicitadas pelas áreas quando necessárias ou que a GERPLA identifica a necessidade de mediação.
- g) **Oficinas da Programação Anual de Saúde**, quando da época de discussão para construção da PAS para o próximo ano, todas as áreas são chamadas para novas pactuações, seja para manutenção ou alteração de alguma ação, indicador e/ou meta do PMS ou da PAS vigente. Neste momento são consideradas todas as informações disponíveis para tomada de decisão, incluindo políticas públicas vigentes e/ou situações epidemiológicas importantes. Para esta construção são realizados momentos com gerentes, diretores e superintendentes, sendo que a pactuação final ocorre junto ao Secretário de Saúde.
- h) **Oficinas para construção e análises de bancos de dados**, neste espaço são construídas, de forma conjunta com as áreas, os bancos de dados que eles necessitam para o cálculo do indicador e posterior avaliação das metas. A Diretoria de Políticas Públicas de Saúde oferece auxílio na criação de bancos de dados dentro do sistema de informação próprio da SMS, linkage

entre diferentes bases de dados e análises utilizando software R, TabWin e Tabnet do DATASUS.

A etapa de acompanhamento dos processos por meio de planilhas compartilhadas de forma online inicia-se logo após o treinamento da oficina sobre o monitoramento das ações.

As planilhas de monitoramento foram criadas com a intenção de acompanhar o andamento das ações planejadas de forma ascendente e de maneira sistematizada, permitindo acompanhar desde o planejamento das atividades até o acompanhamento dos resultados dos indicadores.

Primeiramente foram criadas as planilhas para cada ação programada, com as seguintes informações:

- a) **Ficha de Identificação da Ação**, que descreve em detalhes a qual ação estamos referindo, são detalhados diversos aspectos da ação, sendo a justificativa da escolha da distribuição dos valores e atualização destas metas, e por fim quem são os responsáveis pela articulação e/ou execução da ação, apontando especificamente a superintendência, diretoria e gerência.
- b) **Ficha de Qualificação do Indicador**, que descreve e qualifica o indicador que será utilizado na ação, incluindo entre outros itens o método de cálculo e fonte de dados.
- c) **Monitoramento Mensal**, que é preenchida pela área responsável para o acompanhamento mensal das atividades programadas e realizadas. Para esta etapa foram desenvolvidas calculadoras automáticas que auxiliam nos cálculos, também deve ser apontado como está a situação do Plano de Atividades, bem como uma justificativa da situação encontrada até o presente mês.
- d) **Monitoramento Quadrimestral Acumulado (RDQA)**, onde a área deve apresentar os resultados quadrimestrais, classificar a situação da meta, bem como uma justificativa da situação encontrada até o presente quadrimestre e quais ações estão programadas para os próximos quadrimestres.
- e) **Monitoramento Anual (RAG)**, onde a área deve apresentar o resultado anual, classificar a situação da meta, bem como uma justificativa da situação encontrada no fechamento do ano e quais ações estão programadas para a continuidade da ação para o próximo ano.

- f) **Programação Anual de Saúde (PAS)**, onde a área apresenta as argumentações para solicitar a manutenção ou alteração das ações, indicadores e metas para o próximo ano.

Estas planilhas serão compartilhadas por meio de links com cada área responsáveis. Estes arquivos compartilhados permitem otimizar o tempo do monitoramento, permitindo a GERPLA o acompanhamento mais próximo, esclarecendo dúvidas ou solicitando outras informações quando necessário.

Estes links partilhados com as gerências, também são enviados para sua diretoria e superintendência, aumentando assim o alcance do monitoramento, não somente para a GERPLA, mas envolvendo cada diretor e superintendente, que em conjunto podem avaliar o alcance das ações, solicitar colaboração entre diversas áreas que têm ações em comum, definir e redefinir atividades e responsáveis. Desta forma o planejamento passa a ser ascendente e contínuo, contando com diversos níveis de controle.

Os prazos de preenchimento mensal, quadrimestral e anual foram definidos pensando nas entregas obrigatórias da SMS para o Ministério da Saúde, Conselho Municipal de Saúde e a Câmara Municipal e foram amplamente divulgados nas próprias planilhas e em memorandos internos distribuídos pelo sistema SEI.

Também será implantado um sistema de sinalização semafórica do alcance dos indicadores, visando criar alertas internos sobre como está o percentual de alcance da meta definida. As cores (vermelho, laranja, verde e azul) serão atribuídas a partir do cálculo entre o valor do resultado do indicador dividido pela meta definida para o indicador:

- I. Se menor que 40% da meta = vermelho
- II. Se entre 40% e 69% da meta = laranja
- III. Se entre 70% e 99% da meta = verde
- IV. Se maior ou igual a meta = azul

Esta ferramenta sinaliza quais ações precisam de mais atuação da Diretoria de Políticas Públicas de Saúde junto a área responsável, permitindo facilmente percepção, em tempo hábil, impulsionando a tomada de decisão da área.

Para concluir, as atividades de avaliação e monitoramento implantadas até aqui buscam o fortalecimento e aprimoramento do planejamento da SMS Goiânia, seja por meio dos processos de Educação Permanente em Saúde implantados ou acompanhamento das planilhas de ações para o cumprimento dos objetivos propostos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde de Goiânia 2026–2029 consolida uma agenda estratégica construída de forma participativa e orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Seu desenvolvimento reflete o compromisso da gestão municipal em fortalecer uma política pública de saúde que responda, de maneira efetiva, às necessidades da população, considerando as desigualdades sociais, territoriais, de raça, gênero e ciclos de vida que moldam os perfis de adoecimento e mortalidade no município.

O desenvolvimento das ações estabelecidas nesse Plano Municipal de Saúde para o período de 2026 a 2029 deverá garantir melhores condições de saúde para a população Goianiense. As diretrizes, objetivos, metas e ações programadas foram estabelecidas a partir das propostas da 12ª Conferência Municipal de Saúde de Goiânia e da análise de situação de saúde do município, considerando as definições das políticas ministeriais, estaduais e locais, bem como, recomendações das áreas da SMS, dentro dos limites orçamentários e financeiros e a legislação vigente.

Este Plano reafirma a centralidade da Atenção Primária à Saúde como ordenadora da Rede de Atenção, a importância da Vigilância em Saúde como eixo estruturante das ações de promoção, prevenção e controle, e a necessidade de aprimorar os processos de governança, gestão do trabalho, educação permanente, financiamento e transparência. Também reconhece que a efetividade das políticas de saúde depende de sistemas de informação qualificados, monitoramento contínuo de indicadores, uso de evidências científicas e participação ativa da sociedade civil, por meio das instâncias de controle social.

Ao longo do ciclo 2026–2029, espera-se avançar na consolidação de redes integradas, resolutivas e humanizadas; no enfrentamento das doenças crônicas e infectocontagiosas; na redução da morbimortalidade por acidentes e violências; na qualificação da atenção materno-infantil; na melhoria da gestão das urgências e emergências; e no fortalecimento das ações de saúde mental, vigilância ambiental, saúde do trabalhador, cuidado às populações vulnerabilizadas e promoção da saúde com foco em territórios saudáveis.

O presente Plano também assume o compromisso de alinhar metas e ações às diretrizes da Agenda 2030 e seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, reforçando a interdependência entre saúde, desenvolvimento social, ambiente, educação, mobilidade urbana, segurança alimentar e condições dignas de vida.

Por fim, reafirma-se que este documento não se encerra em si mesmo: ele é um instrumento dinâmico, sujeito a revisões periódicas e ao permanente diálogo com trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde e com a população goianiense. A execução do Plano Municipal de Saúde 2026–2029 exigirá corresponsabilidade, cooperação federativa, inovação em processos e tecnologias, além de gestão transparente e compromisso ético com a defesa da vida, da equidade e do fortalecimento do SUS.

Que este Plano seja referência para uma gestão pública de saúde mais eficiente, humana, inclusiva e baseada em evidências, contribuindo para a redução das desigualdades, para a melhoria contínua da qualidade dos serviços e para a construção de uma Goiânia mais saudável e justa para todas as pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATLAS BR. Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: < <http://www.atlasbrasil.org.br/> > Acessado em 31/07/2025

BARBAS, D. S. et al. Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001. Epidemiol. Servir. Saúde, v.2, p. 161-170, 2009.

Boletim Desigualdade nas Metrópoles. Porto Alegre/RS, n. 15, 2024 Disponível em: <<https://www.observatoriodasmetrolopes.net.br/>> <<http://www.pucrs.br/datasocial>>

Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [acessado em 09 abr. 2023]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/download/Vigitel/>

BRASIL. IBGE - Censos Demográficos. DATASUS. População. 1991c. [Acesso em 20/05/2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popgo.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. População. 2025a. [Acesso em 10/11/2025]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsvs2024br.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/75753/Portaria+n%C2%BA+737+%E2%80%93+2001+%E2%80%93+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Redu%C3%A7%C3%A3o+da+Morbimortalidade+por+Acidentes+e+Viol%C3%Aancias.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2. 6ª ed. Brasília: MS, 2023. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6ed.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2020: 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 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021d.

BUORO, Andréa Bueno. Violência Urbana: dilemas e desafios. São Paulo: Atual, 1999.

CAPELLI, J. C. S. et al. Baixo peso ao nascer e fatores associados ao pré-natal: estudo seccional em uma maternidade de referência de Macaé. Saúde em Redes, v.6, n.1, p.163-173, 2020.

- Chong B, Jayabaskaran J, Kong G, Chan YH, Chin YH, Goh R, et al. Trends and predictions of malnutrition and obesity in 204 countries and territories: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *EClinicalMedicine*. 2023; 57:101850. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101850>.
- DUARTE, E.C.; BARRETO, S.M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 21(4):529-532, out-dez 2012.
- Duarte, EC; Barreto, SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.21 n° 4. Brasília, dezembro de 2012.
- Ferreira VA, Silva AE, Rodrigues CAA, Nunes NLA, Vigato TC, Magalhães R. Desigualdade, pobreza e obesidade. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 Jun [cited 2020 Oct 5];15(supl. 1):1423-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700053>.
- Freeman B, Kelly B, Vandevijvere S, Baur L. Young adults: beloved by food and drink marketers and forgotten by public health? *Health Promot Int* [Internet]. 2016 Dec [cited 2020 Oct 5];31(4):954-61. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/dav081> [[Links](#)]
- GEIB, L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):123-133, 2012.
- GOIÂNIA [recurso eletrônico] / organização Celene Cunha Monteiro ... [et al.]. - 1. ed. -Rio de Janeiro: Letra Capital, 2022.Planejamento urbano - Goiânia, Região Metropolitana de (GO). 2. Política urbana - Goiânia, Região Metropolitana de (GO). 3. Renovação urbana - Goiânia, Região Metropolitana de (GO). 4. Livros eletrônicos. I. Monteiro, Celene Cunha. II. Série.
- GOIÂNIA. Prefeitura de Goiânia. Gabinete do Prefeito. Lei Complementar nº 171, de 29 de maio de 2007. Goiânia, 2007.
- GOIÁS, Secretaria Estadual de Saúde. Goiânia. Regionais de Saúde. Disponível em: <<https://www.saude.go.gov.br/unidades-de-saude/regioes-de-saude>>. Acesso em 24/07/25.
- GOIÁS. Governo do Estado de Goiás. Secretaria de Estado da Casa Civil. Lei Complementar Nº 149, de 15 de maio de 2019. Altera a Lei Complementar nº 139, de 22 de janeiro de 2018, que dispõe sobre a Região Metropolitana de Goiânia, o Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Goiânia, cria o Instituto de Planejamento Metropolitano e dá outras providências. D.O. de 30-05-2019.
- GUITARRARA, Paloma. "Goiânia"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/brasil/goiania.htm>. Acesso em: 31/07/2025.
- IBGE -INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama Cidades, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/goiania/panorama>.
- IBGE. Cidades e Estado [Acesso em 20/08/2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go/goiania.html>
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/>
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022.
- Instituto Trata Brasil. RANKING DO SANEAMENTO DO INSTITUTO TRATA BRASIL DE 2025 (SNIS/SINISA 2023). Disponível em: https://tratabrasil.org.br/wp-content/uploads/2025/07/Versao-Final-de-Estudo-da-GO-Associados-Ranking-do-Saneamento-de-2025_Rio-Corrigido-V4.pdf.
- KERCHE, L. T. R. L. et al. Fatores de risco para macrosomia fetal em gestações complicadas por diabetes ou por hiperglicemia diária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.27, n.10, p. 580–587, 2005.
- Khan MB, Yang ZS, Lin CY, Hsu MC, Urbina AN, Assavalapsakul W, et al. Dengue overview: an updated systemic review. *J Infect Public Health*. 2023;16(10):1625-42.
- Malta DC, Santos, MAS, Andrade SSCA, Oliveira TP, Stopa SR, Oliveira MM, et al. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(4):1061-9. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015214.12292015> » <http://doi.org/10.1590/1413-81232015214.12292015>

MALTA, D.C et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. 2007. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.16, n.4, p.233-244, out./dez. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a02.pdf>

Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira | Inep. Educação Básica. Sinopses Estatísticas da Educação Básica 2024. [online]. Brasília: Inep 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-basica>.

Ministério Público do Estado de Goiás. LAUDO SOCIAL Nº 02/2024. 88ª Promotoria de Justiça de Goiânia. Levantamento da Política de Atendimento à População em Situação de Rua de Goiânia. Goiânia, maio de 2024.

Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra). Portal de Imigração. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Brasil, 2025. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/observatorio>

PASSOS CM, Maia EG, Levy RB, Martins APB, Claro RM. Association between the price of ultra-processed foods and obesity in Brazil. Nutr Metabol Card Dis [Internet]. 2020 Apr [cited 2020 Oct 5];30(4):589-98. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2019.12.011> [[Links](#)]

Goiânia. Prefeitura de Goiânia. Agência Municipal de Turismo e Eventos. Boletim OTG | Edição nº 02, julho de 2025. Disponível em: <https://www.goiania.go.gov.br/goianiatur/observatorio-de-turismo-de-goiania/>

REHEM, TCMSB; EGRY EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo; Ciência & Saúde Coletiva, 16(12): 4755-4766, 2011.

Viana KJ et al. Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(2):349-356, fev, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, version 2019. World Health Organization. 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/>

World Health Organization. Reducing risks and detecting early to prevent and manage noncommunicable diseases, fevereiro de 2023. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-ncds.pdf?sfvrsn=af5127e4_3&download=true

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Road traffic injuries. World Health Organization, 2023a. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/road-safety#tab=tab_1

Zimmermann IR, Fernandes RRA, Costa MGS, Pinto M, Peixoto HM. Simulation-based economic evaluation of the Wolbachia method in Brazil: a cost-effective strategy for dengue control. Lancet Reg Health Am. 2024; 35:100783.

BIBLIOGRAFIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BR). Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2017 [acesso 15 jul. 2025]. Disponível em:

https://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Sa%C3%BAdede_Suplementar_Brasileira.pdf »

https://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Sa%C3%BAdede_Suplementar_Brasileira.pdf

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 de outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015c.

Brasil. Ministério da Saúde. Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. 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 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014 [recurso eletrônico] Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: 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 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2016-2019 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Plano Municipal de Saúde de Goiânia 2014 a 2017. Goiânia, 2014.

Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional - CAISAN (BR). Plano nacional de segurança alimentar e nutricional (PLANSAN 2016-2019). Brasília: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional; 2018 [citado 2020 out 5]. 88 p. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Caisan_Nacional/PLANSAN%202016-2019_revisado_completo.pdf [Links]

FERREIRA, Aurelio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio da língua portuguesa. [S. l.], 2018. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/planeamento>.

Goiânia [recurso eletrônico] / organização Celene Cunha Monteiro ... [et al.]. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Letra Capital, 2022.

GOIÂNIA. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. Wikipédia, 2021. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Goi%C3%A2nia>>. Acesso em: 31/07/2021.

GOIÂNIA. Lei nº 8.088, de 10 de janeiro de 2002. 2002.

GOIÂNIA. Notícias. Mulheres entre 20 e 59 anos são as maiores vítimas de violência em Goiânia. 12/03/2020. Disponível em: <<https://www.goiania.go.gov.br/mulheres-entre-20-a-59-anos-sao-as-maiores-vitimas-de-violencia-em-goiania/>>. Acessado em 31/07/2021.

IBGE - Censos Demográficos. DATASUS. População. 2010b. [Acesso em 20/05/2021]. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popgo.def>

IBGE -INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Densidade demográfica: IBGE, Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2011

IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020a2020. 85p.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. [Acesso em 20/07/2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=28655&t=resultados>. IBGE, 2021a.

IBGE. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 162 p.: il. IBGE 2021b.

Índice de Progresso Social Brasil 2025 [livro eletrônico]: qualidade de vida nos 5.570 municípios do Brasil. Belém, Pará: Instituto do Homem e Meio Ambiente da Amazônia, 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Rio de Janeiro: Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil - UNIC Rio, 2015. Adotada pela Resolução A/RES/70/1 da Assembleia Geral das Nações Unidas em 25 de setembro de 2015. [Acesso em 10/06/2021]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>

Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua. Brasil, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, 2003.

PEREIRA, L. M; GARCIA, R. A. & LOBO, Carlos. Desigualdades socioespaciais de Goiânia GO: análise com base nos setores censitários subnormais. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Geografia, 2019.

Ramalho, A. A., Andrade Martins, F., Teles Cameli Rodrigues, B., Melo de Aguiar, D., Alves dos Santos Lima, T., Moreira de Andrade, A., & Jorge Koifman, R. (2020). Peso ao nascer por idade gestacional em uma coorte de nascidos vivos em Rio Branco, Acre. South American Journal of Basic Education, Technical and Technological, 7(1), 525–540. Recuperado de <https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/3138>.

SERRA, N. Conheça os Parques de Goiânia que são opções de lazer e férias. Prefeitura de Goiânia. Notícias. Goiânia. 02/01/2020. Disponível em: <<https://www.goiania.go.gov.br/conheca-os-42-parques-de-goiania-que-sao-opcoes-de-lazer-nas-ferias/>> Acessado em 31/07/2021.

SILVA. T. C. S Índice de Desempenho dos Municípios Goianos: IDM 2018. Goiânia: IMB. 2019.

STRAIOTTO, S. 81% dos moradores de rua de Goiânia são adultos e com problemas familiares. Diário de Goiás. Goiânia. 10/12/2019. Disponível em: <https://diariodegoias.com.br/81-dos-moradores-de-rua-de-goiania-sao-adultos-e-com-problemas-familiares/> Acesso em: 31/08/2021.

TAVARES, A. Goiânia, o índice de Gini e a desigualdade social. Diário de Goiás. Goiânia. 19/03/2014. Disponível em: < <https://diariodegoias.com.br/goiania-o-indice-de-gini-e-a-desigualdade-social/> >.

World Health Organization - WHO. Global strategy on diet, physical activity and health. Resolution of the World Health Assembly. Fifty-seventh World Health Assembly [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [cited 2020 Oct 5]. Available from: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf [Links]

World Health Organization. Draft recommendations for the prevention and management of obesity over the life course, including potential targets [Internet]. 2021 [acessado em 22 mar. 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/governance/obesityrecommendations>

World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. 2020 Apr 1 [acesso 15 jul. 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> »
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Apêndice 01 - Principais Legislações Brasileiras Sobre Gestão e Planejamento no SUS

Legislação	Conteúdo	Dispositivo legal
Constituição Federal/1988	Institui o PPA e traz consonância entre PPA e PNS.	Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão: § 1º A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. § 4º Os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional.
Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990	Dispõe sobre a obrigação legal de elaboração do PNS, compatibiliza as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União, além disso observa que o CNS estabelece diretrizes para elaboração do plano.	Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; Art. 16. À direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. § 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. § 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde. Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde, estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.
Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990	Define a necessidade de realização das Conferências de Saúde no intuito de propor diretrizes para formulação de políticas e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Legislação	Conteúdo	Dispositivo legal
Lei complementar nº 101 de 04 de maio de 2000	Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.	Art. 1º Esta Lei Complementar estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição. § 1º A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar. § 2º As disposições desta Lei Complementar obrigam a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. § 3º Nas referências: I - à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, estão compreendidos: a) o Poder Executivo, o Poder Legislativo, neste abrangidos os Tribunais de Contas, o Poder Judiciário e o Ministério Público; b) as respectivas administrações diretas, fundos, autarquias, fundações e empresas estatais dependentes; II - a Estados entende-se considerado o Distrito Federal; III - a Tribunais de Contas estão incluídos: Tribunal de Contas da União, Tribunal de Contas do Estado e, quando houver, Tribunal de Contas dos Municípios e Tribunal de Contas do Município. Art. 2º Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como: I - ente da Federação: a União, cada Estado, o Distrito Federal e cada Município; II - empresa controlada: sociedade cuja maioria do capital social com direito a voto pertença, direta ou indiretamente, a ente da Federação; III - empresa estatal dependente: empresa controlada que receba do ente controlador recursos financeiros para pagamento de despesas com pessoal ou de custeio em geral ou de capital, excluídos, no último caso, aqueles provenientes de aumento de participação acionária; (Regulamento) IV - receita corrente líquida: somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos: a) na União, os valores transferidos aos Estados e Municípios por determinação constitucional ou legal, e as contribuições mencionadas na alínea a do inciso I e no inciso II do art. 195, e no art. 239 da Constituição; b) nos Estados, as parcelas entregues aos Municípios por determinação constitucional; c) na União, nos Estados e nos Municípios, a contribuição dos servidores para o custeio do seu sistema de previdência e assistência social e as receitas provenientes da compensação financeira citada no § 9º do art. 201 da Constituição. § 1º Serão computados no cálculo da receita corrente líquida os valores pagos e recebidos em decorrência da Lei Complementar no 87, de 13 de setembro de 1996, e do fundo previsto pelo art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. § 2º Não serão considerados na receita corrente líquida do Distrito Federal e dos Estados do Amapá e de Roraima os recursos recebidos da União para atendimento das despesas de que trata o inciso V do § 1º do art. 19. § 3º A receita corrente líquida será apurada somando-se as receitas arrecadadas no mês em referência e nos onze anteriores, excluídas as duplicidades.

Legislação	Conteúdo	Dispositivo legal
Decreto nº 3591 de 06 de setembro de 2000	Dispõe sobre o Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal e dá outras providências.	Art. 1º O Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal visa à avaliação da ação governamental e da gestão dos administradores públicos federais, com as finalidades, atividades, organização, estrutura e competências estabelecidas neste Decreto. CAPÍTULO I DAS FINALIDADES Art. 2º O Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal tem as seguintes finalidades: I- avaliar o cumprimento das metas previstas no Plano Plurianual, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União; II- comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e à eficiência da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e nas entidades da Administração Pública Federal, bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado; III- exercer o controle das operações de crédito, avais e garantias, bem como dos direitos e haveres da União; IV- apoiar o controle externo no exercício de sua missão institucional.
Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011 (regulamenta Lei 8080)	Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.	Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. § 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada. § 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde. § 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.
Lei complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Sobre o processo de planejamento, planos de saúde e diretrizes dos Conselhos de Saúde.	Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar. § 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos. § 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional. § 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual. § 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberarem sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades. Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito: I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual.

Legislação	Conteúdo	Dispositivo legal
Decreto nº 7827 de 16 de outubro de 2012	Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.	CAPÍTULO I DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE Art. 2º O Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS é o sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Art. 3º O SIOPS será estruturado pelo Ministério da Saúde, observados os seguintes requisitos mínimos: I - registro obrigatório e atualização permanente dos dados no Sistema pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; II - informatização dos processos de declaração, armazenamento e exportação dos dados; III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público; IV - cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos na <u>Lei Complementar nº 141, de 2012</u>, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis; V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde para emissão do parecer prévio divulgado nos termos do <u>art. 48 e art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000</u>, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS; e VI - integração das informações do SIOPS, por meio de processamento automático, ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle do cumprimento do disposto no <u>inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição e no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 2000</u>. Art. 4º O gestor do SUS de cada ente da Federação será responsável pelo registro dos dados no SIOPS nos prazos definidos pelo Ministério da Saúde, e pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais será conferida fé pública para os fins previstos na <u>Lei Complementar nº 141, de 2012</u>. Art. 5º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do SIOPS e os prazos para o registro e homologação das informações no Sistema, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no <u>art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 2000</u>. Art. 6º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste Capítulo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão os relatórios de gestão dos entes federativos, conforme o disposto no <u>inciso IV do caput do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990</u>.

Legislação	Conteúdo	Dispositivo legal
Portaria GM/MS nº 2135 de 25 de setembro de 2013	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Art. 1º Esta Portaria estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Parágrafo único. O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos: I - planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada. II - respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT). III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS. IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas. V - compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão; VI - transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade; VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.
Portaria GM/MS nº 3134 de 17 de dezembro de 2013	Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde.	Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde. Art. 2º Para fins desta Portaria, consideram-se equipamentos e materiais permanentes aqueles incorporados pela RENEM. Art. 3º A RENEM é a relação de equipamentos e materiais permanentes considerados financiáveis pelo Ministério da Saúde por meio de propostas de projetos de órgãos e entidades públicas e privadas sem fins lucrativos vinculadas à rede assistencial do SUS. § 1º A RENEM contém as configurações e acessórios permitidos, os preços de referência e outras informações relacionadas aos equipamentos e materiais permanentes financiáveis e pode ser acessada no Portal da Saúde, por meio do sítio eletrônico www.fns.saude.gov.br/sigem. § 2º Os equipamentos e materiais da RENEM, bem como suas configurações permitidas, buscam proporcionar condições básicas para que os órgãos e entidades, públicas e privadas, vinculadas ao SUS possam realizar de forma segura e eficaz o atendimento à população.

Legislação	Conteúdo	Dispositivo legal
Portaria de Consolidação GM/MS nº 01 de 28 de setembro de 2017	Direitos e Deveres, Organização e Funcionamento do SUS. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e define os elementos que compõem o PNS.	Art. 94. Este Capítulo estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Parágrafo Único. O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos: V – compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão; Art. 95. Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. § 1º Os instrumentos referidos no "caput" interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. § 2º O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde. Art. 96. O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. § 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. § 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando
Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 de 28 de setembro de 2017	Políticas Nacionais de Saúde do SUS.	Art. 2º São políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da Saúde: I -Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na forma do Anexo I; II -Política Nacional de Vigilância em Saúde; III -Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, instituída pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001; IV -Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, na forma do Anexo II; V -Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), na forma do Anexo III; VI -Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituída pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, na forma do Anexo IV; VII -Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), na forma do Anexo V. VIII - Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), na forma do Anexo XLIV. <u>(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.681 de 07.05.2024)</u> Parágrafo único. A Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde contará com o apoio de colegiados, regulamentados na forma do Anexo XLIII a esta Portaria, para promoção do debate técnico e científico necessário à implementação e avaliação dos aspectos relacionados à Política Nacional de Vigilância em Saúde. <u>(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.098 de 18.01.2024).</u>

Legislação	Conteúdo	Dispositivo legal
Portaria de Consolidação GM/MS nº 03 de 28 de setembro de 2017	Redes do SUS.	Art. 2º As diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS obedecerão ao disposto no Anexo I. (Origem: PRT MS/GM 4279/2010, Art. 1º) Art. 3º São Redes Temáticas de Atenção à Saúde: I - Rede Alynne, na forma do Anexo II; <u>(Redação dada pela PRT GM/MS nº 5.350 de 12.09.2024)</u> II - Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), na forma do Anexo III; III - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na forma do Anexo IV; IV - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na forma do Anexo V; V - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo VI; VI - Rede de Atenção à Saúde Bucal - RASB, na forma do Anexo VII[VI-A]. <u>(Redação dada pelas PRT GM/MS nº 6.213 de 19.12.2024)</u> VII - Rede de Prevenção e Controle do Câncer-RPCC na forma do Anexo XXX. <u>(Redação dada pela PRT GM/MS nº 6.591 de 04.02.2025)</u> CAPÍTULO II DAS REDES DE SERVIÇO DE SAÚDE Art. 4º São Redes de Serviço de Saúde: I - Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, na forma do Anexo VII; II - Redes Estaduais de Assistência a Queimados, na forma do Anexo VIII. III - Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, na forma do Anexo IX; IV - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - RENASTT, na forma do Anexo X; <u>(Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.922 de 25.07.2024)</u> V - Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM), na forma do Anexo XI; VI - Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RETSUS), na forma do Anexo XII; VII - Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS), na forma do Anexo XIII; VIII - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), na forma do Anexo XIV. IX - Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh). <u>(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021)</u> X - Rede Nacional de Vigilância, Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública do Sistema Único de Saúde (Rede VIGIAR-SUS) na forma do Anexo XXVII. <u>(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021)</u> XI - Rede Nacional dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - Rede CIEVS, na forma do Anexo XXVIII. <u>(Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.641 de 28.12.2022)</u> XII - Rede de Imunobiológicos para Pessoas com Situações Especiais - RIE, na forma do Anexo XXX[A]. <u>(Redação dada pela PRT GM/MS nº 6.623 de 14.02.2025)</u> CAPÍTULO III DAS REDES DE PESQUISA EM SAÚDE Art. 5º São Redes de Pesquisa em Saúde: I - Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS), na forma do Anexo XV; VI - Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC), na forma do Anexo XX; VIII - Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC), na forma do Anexo XXII; X - Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), na forma do Anexo XXIV; XI - Políticas Informadas por Evidências (EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK - EVIPNET), na forma do Anexo XXV; e <u>(Redação dada pela PRT GM/MS nº 6.728 de 14.04.2025)</u> XII - Rede de Economia e Desenvolvimento em Saúde - Rede Ecos, na forma do Anexo XXX[C]. <u>(Redação dada pela PRT GM/MS nº 6.728 de 14.04.2025)</u>.

Legislação	Conteúdo	Dispositivo legal
Portaria de Consolidação GM nº 04 de 28 de setembro de 2017	Sistemas e Subsistemas do SUS	Art. 1º Os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria. CAPÍTULO I DOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE Art. 2 São sistemas nacionais de saúde: I - Sistema Nacional de Transplantes (SNT), instituído pelo Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, na forma do Anexo I; II - Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN), instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 e disciplinado pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001; III - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), na forma do Anexo II; Parágrafo único. A direção do SINASAN será assessorada pela Câmara de Assessoramento à Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, para a formulação da Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados e políticas setoriais de hematologia e hemoterapia, conforme o art. 7º do Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001, observado o disposto no Anexo IX." <u>(Incluído pela PRT GM/MS nº 747 de 21.03.2017)</u> Parágrafo único. A direção do SINASAN será assessorada por Câmaras Técnicas de Assessoramento - CTA às políticas relacionadas à área de sangue e hemoderivados, nos termos do Anexo IX-A a esta Portaria. <u>(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.580 de 18.04.2024)</u> CAPÍTULO II DOS SISTEMAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE Art. 3º A Vigilância em Saúde obedecerá ao disposto no Anexo III. Art. 4º O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), observado o disposto no Anexo IV, é composto por: I - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), instituído pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, na forma do Anexo V; II - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental. Art. 5º O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), instituído pela Lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999, observará o disposto no Anexo VI. CAPÍTULO III DO SISTEMA DE AUDITORIA DO SUS Art. 6º A auditoria do SUS é realizada pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA), instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1999, na forma do Anexo VII. CAPÍTULO IV DOS SUBSISTEMAS DO SUS Art. 7º O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, instituído pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, é um subsistema do SUS na forma do Anexo VIII.

Legislação	Conteúdo	Dispositivo legal
Portaria de Consolidação GM/MS nº 05 de 28 de setembro de 2017	Programas, Ações e Serviços de Saúde do SUS.	Art. 1º As ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.
Portaria de Consolidação GM/MS nº 06 de 28 de setembro de 2017	Financiamento e Transferência.	Art. 1º O financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde dar-se-ão na forma de blocos de financiamento com o respectivo monitoramento e controle. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 1º).
Portaria GM/MS nº 3992 de 28 de dezembro de 2017	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.	Art. 1º A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações: “Art. 2º O financiamento das ações e serviços públicos de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal, na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde.” (NR) “Art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.
Portaria GM/MS nº 750 de 29 de abril de 2019	Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.	O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve: Art. 1º A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações: "Art. 96. § 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP." (NR) "Art. 99. § 3º O Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP." (NR) "Seção II Do Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP Art. 435. Esta seção dispõe sobre a instituição do Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS." (NR) "Art. 436. O DGMP deve ser obrigatoriamente utilizado pelos estados, Distrito Federal e municípios, para: I - registro de informações e documentos relativos: a) ao Plano de Saúde; b) à Programação Anual de Saúde; e c) às metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores; II - elaboração de: a) Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA; e b) Relatório Anual de Gestão - RAG; e III - envio ao Conselho de Saúde respectivo: a) das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, contemplando o fluxo ascendente de que dispõem as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite - CIT para a Pactuação Interfederativa de Indicadores; b) do RDQA, para inclusão da análise pelo Conselho, nos termos do art. 41 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; e c) do RAG, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, nos termos do § 1º do art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012." (NR).

Legislação	Conteúdo	Dispositivo legal
Emenda Constitucional (EC) nº 109, de 15 de março de 2021.	Altera os arts. 29-A, 37, 49, 84, 163, 165, 167, 168 e 169 da Constituição Federal e os arts. 101 e 109 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; acrescenta à Constituição Federal os arts. 164-A, 167-A, 167-B, 167-C, 167-D, 167-E, 167-F e 167-G; revoga dispositivos do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e institui regras transitórias sobre redução de benefícios tributários; desvincula parcialmente o superávit financeiro de fundos públicos; e suspende condicionalidades para realização de despesas com concessão de auxílio emergencial residual para enfrentar as consequências sociais e econômicas da pandemia da Covid-19.	Art. 1º A <u>Constituição Federal</u> passa a vigorar com as seguintes alterações: "Art. 29-A. O total da despesa do Poder Legislativo Municipal, incluídos os subsídios dos Vereadores e os demais gastos com pessoal inativo e pensionistas, não poderá ultrapassar os seguintes percentuais, relativos ao somatório da receita tributária e das transferências previstas no § 5º do art. 153 e nos arts. 158 e 159 desta Constituição, efetivamente realizado no exercício anterior:
Resolução CNS nº 453 de 10 de maio de 2012	Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde	DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE Primeira Diretriz: DA INSTITUIÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE Segunda Diretriz: a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei no 8.142/90. Parágrafo único. Na instituição e reformulação dos Conselhos de Saúde o Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde, e em consonância com a legislação. A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE Quarta Diretriz: as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico.
Resolução CNS nº 459 de 10 de outubro de 2012	Aprovar o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios.	Art. 1º Aprovar o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012, na forma do Anexo I desta resolução. Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Anexo 01 – Portaria nº 129/2025

DOM Eletrônico

Edição Nº 8544, de 26 de maio de 2025.

Página 138 de 212



Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria Geral

PORTARIA Nº 129, 09 DE MAIO DE 2025

Institui no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, Grupo Técnico de Trabalho para formulação do Plano Plurianual 2026 a 2029, Plano Municipal de Saúde 2026 a 2029 e da Programação Anual de Saúde 2026 e dá outras providências.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, conferidas pela Lei Complementar nº 335, de 01 de janeiro de 2021, Decreto nº 03 de primeiro de janeiro de 2025 e pelo Decreto Municipal nº 133/2025 e,

CONSIDERANDO, os artigos 15 e 36 da Lei 8080/90, que estabelece a necessidade da elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde bem como promover a articulação da política existente e que ele deve ser a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS;

CONSIDERANDO, o artigo 4º da Lei 8142/90 que define os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, fixando que os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão;

CONSIDERANDO, a Lei Complementar nº 101/2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências;

CONSIDERANDO, o artigo 1º do Decreto Federal 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, que se refere à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa;

CONSIDERANDO, o artigo 2º da Lei Complementar 141/2012 que define a apuração da aplicação dos recursos mínimos e despesas em ações e serviços públicos de saúde e tem como uma das diretrizes que estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação;

CONSIDERANDO, o Decreto 1.232/94, que define as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos fundo a fundo e que em seu artigo 2º condiciona, entre outros à apresentação de plano de saúde;

CONSIDERANDO, o artigo 3º da portaria GM/MS 2.135/2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que define que o Plano de Saúde é instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada;

CONSIDERANDO, que a formulação de um Plano Municipal de Saúde (PMS) é mais do que uma obrigação legal, traduzindo uma visão política, social e técnica da estruturação da saúde, pactuada com os diversos segmentos sociais. E que as diretrizes apontadas nortearão o gestor municipal sobre quais ações de saúde irá desenvolver, com a interação entre a percepção do Governo e os interesses da Sociedade, motivada pela busca de soluções para os seus problemas,

alcançando uma melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar, e apoio ao desenvolvimento social;

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir o Grupo Técnico de Trabalho para a coordenação das ações de formulação do Plano Plurianual 2026 a 2029, o Plano Municipal de Saúde referente ao quadriênio 2026 a 2029 e da Programação Anual de Saúde para o exercício de 2026 da Secretaria Municipal de Saúde (GT PMS Goiânia 2026-2029).

Art. 2º - GT PMS Goiânia 2026-2029 terá como resultados os seguintes produtos:

I- Documento final da PPA 2026 a 2029, das ações de responsabilidade da SMS Goiânia, alinhado à estratégia do governo, compromissos nacionais e internacionais pactuados e aos fundamentos do SUS, encaminhado a Secretária Municipal de Finanças até 31 de maio de 2025;

II- Documento final do PMS 2026 a 2029 e a PAS 2026 no âmbito da SMS Goiânia, alinhado à estratégia do governo, compromissos nacionais e internacionais pactuados e aos fundamentos do SUS, encaminhado ao Gabinete do Secretário para validação por parte da Gestão até 31 de julho de 2025;

III- Instrumentos e indicadores de monitoramento e avaliação do PMS 2026 a 2029 até 31 de agosto de 2025 pactuados.

Art. 3º - Estabelecer que a coordenação do Grupo Técnico de Trabalho será da Diretoria de Políticas de Saúde (SMS/DIRPS) e que todos os seus técnicos, gerentes e diretora estarão envolvidos com o trabalho.

Art. 4º - A DIPOL viabilizará as condições operacionais para as atividades do Grupo Técnico de Trabalho para o alcance dos produtos apresentados no Art. 2º.

Art. 5º - O Grupo Técnico de Trabalho, ora instituído, será composto pelos(as) representantes titulares e seus respectivos suplentes, na forma a seguir descrita:

a) Diretoria Administrativa

Titular: Camila Lucas de Sousa, matrícula nº 1207261

Suplente: May Socorro Martinez, matrícula nº 579939

b) Assessoria Técnico Administrativa

Titular: Yasmin Anna Russo, matrícula nº 1617729

Suplente: Karen Carolina Camargo de Carvalho, matrícula nº 934542

c) Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação:

Titular: Dyogo Brunno Gonçalves Froes, matrícula nº 1006355

Suplente: Eliane Ribeiro, matrícula nº 968536

d) Superintendência de Vigilância em Saúde:

Titular: Polyana Cristina Vilela Braga, matrícula nº 1027530

Suplente: Flávio Toledo de Almeida, matrícula nº 1377078-02

e) Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde:

Titular: Milena Sales Costa, matrícula nº 693030

Suplente: Tulyanne Alves da Silva, matrícula nº 121137

f) Diretoria de Infraestrutura e Logística

Titular: Hatus Bruno Gomes Barbosa, matrícula nº 1525727

Suplente: Valdivino Marcos de Oliveira, matrícula nº 841587

g) Conselho Municipal de Saúde:

Titular: Venerando Lemes de Jeus

Suplente: Christiane Maria do Valle Santos

Art. 6º - Os(as) representantes do GT PMS Goiânia 2026-2029 terão as seguintes atribuições:

I- Pactuar cronograma de atividades para elaboração dos resultados esperados no Art.º 02;

II Participar das reuniões ordinárias conforme cronograma pactuado e extraordinárias, se for necessário;

III - Articular com as áreas da SMS Goiânia que são representantes para incentivar a colaboração delas no processo de construção;

IV- Definir, auxiliar e participar na organização das ações estratégias para a construção dos resultados esperados, trazendo as contribuições oriundas dos diversos setores com vistas a subsidiar a sua elaboração;

V- Produzir registros de todas as etapas realizadas para documentação do processo;

VI- Produzir relatórios e recomendações necessárias para o adequado andamento dos trabalhos ao Gabinete do Secretário de Saúde, caso haja algum impedimento.

Art. 7º - As funções desempenhadas no âmbito do GT PMS Goiânia 2026-2029 serão consideradas de serviço público relevante, não ensejando qualquer remuneração.

Art. 8º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia, 09 de maio de 2025.



Documento assinado eletronicamente por Luiz Gaspar Machado Pellizzer, Secretário Municipal de Saúde, em 23/05/2025, às 18:12, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://www.goiania.go.gov.br/sei> informando o código verificador 6819285 e o código CRC DE1ABBCB.

Avenida do Cerrado, nº 999, APM-09, Bloco D, 2º andar -
- Bairro Park Lozandes
CEP 74884-900 Goiânia-GO

Referência: Processo Nº 23.29.000014640-9

SEI Nº 6819285v1