



**PREFEITURA  
DE GOIÂNIA**

**PREFEITURA DE GOIÂNIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018 A 2021**

Goiânia, março de 2018.

PREFEITO DE GOIÂNIA  
Iris Rezende

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Fatima Mrue

CHEFIA DE GABINETE  
Arlene de Castro Barros

CHEFIA DA ADVOCACIA SETORIAL  
Ana Cristina Veloso e Silva

SUPERINTENDÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
Márcia Cristina Pereira de Araújo

SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS  
Andréia Alcântara Barbosa

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Flúvia Pereira Amorim da Silva

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE  
Luciana Curado Santos

## **CONSOLIDAÇÃO**

Cairo Roberto Gomes - Diretoria de Políticas Públicas de Saúde

Cheila Marina de Lima – Diretoria de Políticas Públicas de Saúde

Eilon Lopes da Silva – Diretoria de Políticas Públicas de Saúde

Gabriela Moreira Policena - Diretoria de Políticas Públicas de Saúde

Sérgio Nório Nakamura - Diretoria de Políticas Públicas de Saúde

Solange Maria Krawczyk - Diretoria de Políticas Públicas de Saúde

## SUMÁRIO

LISTA DE CONSELHEIROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	5
APRESENTAÇÃO.....	9
INTRODUÇÃO.....	11
METODOLOGIA.....	15
4. DEMOGRAFIA, PERFIL SOCIOECONÔMICO, DADOS DE MORBIMORTALIDADE, NASCIDOS VIVOS E PRODUÇÃO AMBULATORIAL	
4.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	17
4.2. PERFIL SOCIOECONÔMICO.....	23
4.3. PERFIL DE MORTALIDADE.....	30
4.4. NASCIDOS VIVOS .....	50
4.5. MORBIDADE (INTERNAÇÕES HOSPITALARES) .....	55
4.6. PRODUÇÃO AMBULATORIAL .....	66
5. REDE FÍSICA DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADAS PRESTADORAS SERVIÇOS SUS.....	73
6. PERCENTUAL DE RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS EM SAÚDE .....	84
7. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS .....	87
8. PLANILHA DE AÇÕES, METAS E INDICADORES - PMS 2018 A 2021.....	91
9. VALORES PREVISTOS POR DIRETRIZES NO PLANO PLURIANUAL - 2018 A 2021.....	156
10. COMENTÁRIOS FINAIS.....	158
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	162

## Lista de Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde

### MESA DIRETORA

#### PRESIDENTE:

Edivaldo Bernardo de Lima

#### VICE-PRESIDENTE:

Albertina de Souza Bernardes

1º SECRETÁRIO: Leonardo da Silva Neves

2ª SECRETÁRIA: Ivana Alvarenga da Silva Faria

#### Segmentos:

#### Gestor (a)/Prestador (a)

INSTITUIÇÃO	CATEGORIA	CONSELHEIROS (AS)
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - SMS	Titular	Fátima Mrue
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - SMS	Titular	Ivana Alvarenga da S. Faria
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - SMS (Sup. Gestão de Redes de Atenção à Saúde)	Titular	Adriano Augusto Peclat de Paula
Ministério da Saúde - MS	Titular	Marli Sorel de Araújo Gonçalves
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - SMS (2ª SUPLÊNCIA)	Suplente	Robson Paixão de Azevedo
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - SMS (3ª SUPLÊNCIA)	Suplente	Flúvia Pereira Amorim da Silva
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - SMS (4ª SUPLÊNCIA)	Suplente	Vilmar de Faria
Universidade Federal de Goiás - UFG	Titular	Barbara Souza Rocha
Associação de Combate ao Câncer em Goiás - ACCG	Titular	Maria Auxiliadora Castro Siqueira
Hospital das Clínicas - HC/UFG	Titular	Eulange de Souza
Instituto Desenvolvimento Tecnológico e Humano - IDTECH	Titular	Alexsandro Jorge Lima
Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas - FUNDAHC (SUPLÊNCIA)	Suplente	Jane Mary Rosa de Azevedo
Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC (SUPLÊNCIA)	Suplente	Vera Lúcia dos Santos

<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>CONSELHEIROS (AS)</b>
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - SMS <b>(SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Andrea Alcântara Barbosa
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - SMS <b>(SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Patrícia Antunes de Moraes

### **Trabalhador (a)**

<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>CONSELHEIROS (AS)</b>
Sindicato dos Trab. do Sistema de Saúde no Est. De Goiás – <b>SINDSAÚDE-Go</b>	Titular	Luzinéia Vieira dos Santos
Sindicato dos Trab. Federais em Saúde e Previdência – <b>SINTFESP-Go/To</b>	Titular	Luiz Carlos Campos
Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Federal no Est. De Goiás – <b>SINTSEP-Go</b>	Titular	Edivaldo Bernardo de Lima
Sindicato dos(as) Técnicos(as) e Auxiliares em Saúde Bucal do Estado de Goiás - <b>SINTASB</b>	Titular	Maria Aparecida Medeiros
Sindicato dos Enfermeiros de Goiás - <b>SIEG</b>	Titular	Elisangela Alves de Moraes
Sindicato dos Odontologistas no Estado de Goiás - <b>SOEGO</b>	Titular	José Augusto Milhomem da Mota
Sindicato dos Nutricionistas no Estado de Goiás - <b>SINEG</b>	Titular	Marina Verônica Malachias
Conselho Regional de Serviço Social Goiás – <b>CRESS 19ª Região</b>	Titular	Ilma Inácia de Souza Pugliesi
Conselho Regional de Enfermagem de Goiás - <b>COREN ( SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Marli Aparecida de Avila
Sindicato dos Funcionários da Fiscalização Mun. de Goiânia - <b>SINDIFFISC (SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Ricardo Souza Manzi
Associação Brasileira de Enfermagem - <b>ABEN-Go (SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Marta Valéria Calatayud Carvalho
Conselho Regional de Psicologia de Goiás - <b>CRP 9ª (SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Consuelo Guilard Manca
Sindicato dos Técnicos de Segurança do Trabalho do Est. de Goiás - <b>SINTESGO (SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Jacy de Oliveira Melo
Fórum Goiano de Saúde Mental ( <b>7ª SUPLÊNCIA</b> )	Suplente	Heloisa Massanaro

<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>CONSELHEIROS (AS)</b>
Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de Goiás - <b>SINFAR (SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Ineslaine Bataglin Ribeiro

### Usuários (as)

<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>CONSELHEIROS (AS)</b>
Associação de Aposentados e Pensionistas de Goiânia	Titular	Maristela Mara da Silva Nunes
Associação de Educação, Cultura e Cidadania - <b>ADEC</b>	Titular	Joana Dalva Alves Mendes
Associação de Moradores das Vilas Isaura e Jardim Xavier - <b>AMOVJAX</b>	Titular	Valquiria Medeiros Q. dos Santos
Associação Goiana de Diabéticos - <b>AGD</b>	Titular	Maria Dalva da Silva Pinheiro
Associação Grupo AIDS: Apoio, Vida e Esperança - <b>AAVE</b>	Titular	Maria Suely de Sousa Marinho
Associação Tio Cleobaldo	Titular	Evita Alves Duncan
Central de Movimentos Populares de Goiás – <b>CMP-Go</b>	Titular	Walter da Silva Monteiro
Central Única dos Trabalhadores - <b>CUT</b>	Titular	Junia Rios Campelo
Conselho Arquidiocesano do Laicato de Goiânia - <b>CAL</b>	Titular	Albertina de Souza Bernardes
Conselho Comunitário de Segurança - <b>15ª CONSEG</b>	Titular	Leonardo da Silva Neves
Diretório Central dos Estudantes da Universidade Federal de Goiás - <b>DCE-UFG</b>	Titular	Diego Renan Carneiro Silva
Federação de Idosos do Estado de Goiás - <b>FIEGO</b>	Titular	Maria Consuelo Bastos Seabra
Fórum Permanente de Saúde do Distrito Oeste	Titular	Maria do Socorro Pereira de Souza
Fórum Permanente de Saúde do Distrito Campinas Centro	Titular	Edson Pereira da Silva
Organização Não Governamental Movimento e Ação Instituto	Titular	Célidalva Souza Bittencourt
Organização Não Governamental - <b>ONG MESTRA</b>	Titular	Elaine Sales da Silva

<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>CONSELHEIROS (AS)</b>
Associação em Luta em Defesa da Moradia - <b>ALDM (1ª SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Wanderley Marques da Silva
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - <b>CEBES (2ª SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Cássio Henrique Alves de Oliveira
Fórum Permanente de Saúde do Distrito Leste ( <b>3ª SUPLÊNCIA</b> )	Suplente	João Ferreira Pimenta Júnior
União Estadual por Moradia Popular do Est. de Goiás - <b>UEMP-GO (4ª SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Elenilza Bonfim
Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do Est. de Goiás - <b>AUSSM (5ª SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Sebastião de Paula Vieira
Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil no Est. de Goiás - <b>CTB (6ª SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Jane Belle Pimentel de Castro
Instituto de Justiça e Paz do Brasil Frei Antônio Montesino ( <b>7ª SUPLÊNCIA</b> )	Suplente	Sandra Camilo Ede
Conferência dos Religiosos do Brasil - <b>CRB GOIÂNIA (8ª SUPLÊNCIA)</b>	Suplente	Ana Maria Soares Pinto
Fórum Permanente de Saúde do Distrito Noroeste ( <b>9ª SUPLÊNCIA</b> )	Suplente	Marinho José de Araújo
Fórum Permanente de Saúde do Distrito Sudoeste ( <b>13ª SUPLÊNCIA</b> )	Suplente	Darci Rodrigues Rezende

## 1. APRESENTAÇÃO

O município de Goiânia através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem como atribuição a de coordenar e executar a Política Municipal de Saúde em conformidade com as diretrizes definidas pelo Sistema Único de Saúde, explicitadas nos seus Marcos Legais a partir da Carta Constitucional de 1988.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da sociedade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde e orienta a definição do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) consolidando como fundamental instrumento de planejamento.

Este documento expressa a responsabilidade municipal com a saúde da população de Goiânia e a intenção de construir a Política Municipal de Saúde de forma democrática e ascendente. Contribui para a consolidação das condições organizacionais da instituição, procurando responder as necessidades de saúde apresentadas e reduzir a iniquidade do sistema. Trata-se, portanto, de um importante instrumento de gestão e de controle social que orientará o papel estratégico da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) como gestora do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município.

O PMS de Goiânia 2018 a 2021 é o resultado de um processo de diálogo, caracterizado pelo esforço de fortalecimento do planejamento integrado da saúde. Seu processo de elaboração se pautou não só no respeito à Lei Orgânica da Saúde (8.080/90 e 8.142/90) e ao Decreto 7.508/11, o qual dedica um capítulo específico ao Planejamento da Saúde, cujo artigo 15º recomenda que *“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”*, a Lei Complementar nº 141/2012 e a Portaria Ministerial nº 2.135/2013, mas também na necessidade de orientar politicamente o conjunto das iniciativas e colocar a público as diretrizes, objetivos, metas e indicadores de resultado, que serão compromisso da gestão nos próximos quatro anos, para a qualificação da prestação de serviços, tornando-os cada vez mais resolutivos e humanizados.

Esse PMS apresenta análise situacional do município proporcionando informações gerais das condições em que vive a população, em que estão apresentados os principais indicadores demográficos, de morbimortalidade, de estrutura e acesso, como também foram considerados a “bagagem” teórico-prática do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e outros instrumentos de pactuação do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. Foram resgatados o debate e as diretrizes aprovadas pela IX Conferência Municipal de Saúde realizada 2015, contemplando o amplo debate político sobre as prioridades e os desafios no campo da saúde.

Está em consonância com os princípios e diretrizes da universalidade do acesso aos serviços de saúde, da integralidade da atenção à saúde, da equidade e participação popular e representa a síntese de um processo de discussão e de decisão sobre o que fazer para enfrentar um conjunto de problemas, que foram selecionados e priorizados a partir de um equilíbrio entre as imensas necessidades de saúde da população, os compromissos políticos previamente assumidos, considerando-se os limites econômicos para a viabilização das metas traçadas e a efetividade reconhecida das ações.

A sua elaboração representa muito mais do que cumprir um preceito legal, significa respeito e compromisso com os usuários do SUS. Desta forma o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 expressa o compromisso da gestão com a implementação e o fortalecimento do SUS municipal.

## 2. INTRODUÇÃO

Dentre os avanços que podem ser verificados ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos seus vinte e nove anos, está o reconhecimento da importância do planejamento e seus instrumentos para a gestão da saúde pública. Um movimento contínuo, articulado, integrado e solidário do processo de planejamento em saúde reúne condições singulares para que se exercitem, em plenitude, os princípios da universalidade, integralidade e equidade, contribuindo para o que constitui o seu propósito mais sublime que é possibilitar melhor qualidade de vida e saúde às pessoas. Contudo, apesar dos avanços identificados, a consolidação de uma cultura de planejamento em saúde ainda representa um enorme desafio, considerando tratar-se de um processo que envolve mudança de postura individual e técnica, além de uma mobilização, engajamento e decisão de gestores (as) e profissionais. Na complexidade do trabalho em saúde não é possível depender da sorte ou da intuição, uma vez que estaremos lidando com a saúde, expectativas e fragilidades. Desse modo as ações demandam planejamento intencional e consciente e fundamentado em evidências.

O planejamento é uma função estratégica de gestão assegurada pela Constituição Federal de 1988.

A lei 8080/90 estabelece como atribuição comum a união, estados e municípios a elaboração e atualização periódica do plano municipal de saúde, indicando ainda que a proposta orçamentária da saúde deve ser feita em conformidade com o Plano.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, destaca a importância dos Planos de Saúde ao reforçar que serão resultados do planejamento integrado dos entes federativos, com as metas de saúde.

Também a Lei Complementar nº 141, que 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 traz como destaque no Capítulo II – das ações e dos serviços públicos de saúde, em seu Art. 2º que para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

A portaria 3.332/GM/2006 define que o Plano Municipal de Saúde (PMS), é o instrumento central do planejamento a ser elaborado a partir de uma análise situacional que reflita as necessidades de saúde da população e apresente as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas. Serve de base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e o exercício da gestão do sistema de saúde em cada esfera de governo, além de nortear a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde. Deve ser elaborado durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso e executado a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão subsequente. De acordo com o § 7º da Portaria 2.135, o PS *“deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e a aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizando em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (Sargsus)”*

O PMS é a base para o planejamento de todas as ações de governo na área da saúde. Ele reflete as necessidades de saúde no município e deve ser referência para os processos de planejamento e formulação de programações e projetos. É o instrumento básico que orienta a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS. Contém estratégias para a aplicação do dinheiro na área da saúde, orienta sobre como devem aplicar os

recursos municipais na saúde e, também, os recursos repassados pelo Estado e pela União. É por esse motivo que a elaboração do Plano deve ser feita de forma participativa, e deve levar em consideração os resultados das conferências de saúde e ser apreciado pelo Conselho de Saúde.

A sua elaboração e dos instrumentos que o operacionalizam deve ser entendida como um processo dinâmico que permite a revisão permanente dos objetivos, prioridades, estratégias e ações, seja pela superação de problemas, sejam pelas mudanças de cenários - epidemiológicos e políticos. É um documento que sistematiza o conjunto de proposições políticas do governo municipal na área de saúde.

Para que se chegue a um consenso, ainda que provisório, em torno das políticas e prioridades da gestão do sistema municipal de saúde é importante que o processo de elaboração do PMS seja organizado de forma a permitir o levantamento e análise das informações disponíveis acerca da situação de saúde do município, envolvendo, de forma participativa, os diversos atores sociais responsáveis pela promoção, vigilância, prevenção, proteção e recuperação da saúde da população, isto é, os (as) dirigentes e técnicos (as) do nível político administrativo, os (as) profissionais e trabalhadores (as) de saúde e os (as) representantes dos (as) usuários (as) do SUS.

Planejar algo envolve estabelecer como o processo será feito e decidir as ações a serem executadas para alcançar os objetivos propostos. Quando trazemos esse conceito para a esfera do governo, verificamos que a ação política também precisa ser planejada, a fim de que o bem-estar da população seja alcançado, com a melhor utilização possível do dinheiro público.

Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde configura-se como eixo central de uma gestão voltada para resultados e com participação popular. O monitoramento e a avaliação da execução do plano, com estímulo ao uso da informação, tendo por base os resultados alcançados pelos indicadores pactuados são, também, estratégias utilizadas para o aprimoramento das atividades do planejamento.

Destaca-se aqui, que os objetivos, metas e ações foram descritos de forma criteriosa, seguindo os conceitos que definem e delimitam cada etapa do planejamento, para fins de visibilidade e clareza aos processos que permeiam a condução das políticas, programas, projetos e iniciativas que vêm sendo realizadas no âmbito do cuidado em rede e da gestão do SUS em Goiânia. A programação

compreendida até a ação 2018 corresponde à Programação Anual de Saúde (PAS) 2018. A PAS consiste na reprogramação das metas do Plano Municipal de Saúde (PMS), considerando a execução expressa no Relatório Anual de Gestão do exercício anterior. É o instrumento que subsidia a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA).

Espera-se que o êxito deste Plano de Saúde seja resultado do trabalho integrado, pactuado e transparente, entre gestores (as), profissionais de saúde, conselheiros (as) de saúde e a população – com o olhar voltado para o coletivo. Pensando no SUS que queremos – equânime, resolutivo e com qualidade – convidamos a todos e todas para participarem como pessoas corresponsáveis pela própria saúde e como protagonistas do nosso sistema de saúde.

### 3. METODOLOGIA

O Plano Municipal de Saúde de Goiânia Ano 2018 a 2021, foi construído através de um processo participativo e integrado e sua elaboração iniciou-se em maio de 2017 através de uma reunião com Secretária de Saúde e seu Gabinete, Superintendentes, Diretores e assessores (as).

Na ocasião foi apresentado diagnóstico situacional do Município de Goiânia em relação a aspectos demográficos, epidemiológicos, ambulatoriais e de rede física; avaliação do PMS 2014 a 2017; Relatório da IX Conferência Municipal de Saúde e Diretrizes do Plano Nacional de Saúde.

Posteriormente, em junho de 2017 nova reunião com Gestores (as) e representantes do Conselho Municipal da Saúde onde a Secretária apresentou as prioridades da gestão para os próximos quatro anos e onde foi definido que as diretrizes do PMS teriam como base os Blocos de Financiamento do Ministério da Saúde e que o PMS seria elaborado em consonância com o Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme prevê a Portaria GAB/MS N.º2.135, de 25/09/2013 no Artigo 1º, Parágrafo único, pressuposto V:

*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;*

Para servir de subsídio na elaboração do PMS, foi disponibilizado para as áreas além do material citado anteriormente, modelo de Planilha com Diretrizes, Objetivos e Metas 2018 a 2021, Programação Anual de Saúde 2017, Plano Municipal de Saúde 2014 a 2017, Resolução com Relatório da IX Conferência municipal de Saúde de Goiânia, apresentações feitas nas reuniões, Resolução CIT com Indicadores de Pactuação Nacional, contemplando o que está expresso na Resolução N.º 05, da Comissão Intergestores Tripartite, de 19/06/2013:

*Art. 2º No processo de planejamento do SUS, as Diretrizes, os Objetivos, as Metas e Indicadores pactuados devem estar expressos harmonicamente nos*

*diferentes documentos adotados pelos gestores de saúde, servindo como base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados nas três esferas de governo.*

*§ 1º Para fins do disposto no "caput", os documentos adotados são o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Relatório de Gestão, os Relatórios Quadrimestrais e Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e o COAP, quando da sua elaboração, formalização e atualização.*

As Diretorias realizaram Oficinas Técnicas com seus profissionais e apresentaram propostas de ações e indicadores para os próximos anos, assim como em reunião inicial com Conselho Municipal de Saúde que apresentou as suas.

O resultado desse trabalho é um plano estruturado em duas partes. A primeira destaca aspectos demográficos e socioeconômicos, perfil epidemiológico e produção dos serviços de saúde. A segunda aponta os objetivos, diretrizes e metas e sua respectiva orçamentação, a serem alcançadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população que se coloca à disposição do Conselho Municipal de Saúde para o debate junto às seus representantes e a apreciação do mesmo.

#### **4. DEMOGRAFIA, PERFIL SOCIOECONÔMICO, DADOS DE MORBIMORTALIDADE, NASCIDOS VIVOS E PRODUÇÃO AMBULATORIAL.**

##### **4.1 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS**

A população estimada para Goiânia no ano 2016 é 1.448.639 habitantes (Quadro 1), aumento de 1,27% em relação a 2015, com 47,7% do sexo masculino e 52,3% feminino; uma diferença de um pouco mais de 67 mil a mais para mulheres, refletindo uma maior sobrevivência deste grupo. Sua densidade demográfica é de 1.987,59 hab/km<sup>2</sup> (2016), conta com 958.214 eleitores (2016) e sua área territorial é de 728,841 Km<sup>2</sup>.

Nos primeiros anos de vida o número de pessoas do sexo masculino é maior e com o aumento da idade a participação do sexo masculino sofre uma redução. A partir dos 15 anos prevalece o sexo feminino. Essa diferença cresce com a idade, chegando a 62,7% a partir de 80 anos. O óbito por causa externa (violência e acidentes) é maior entre os homens e principal motivo da menor expectativa de vida no sexo masculino.

Destaca-se que 20,8% dos habitantes possuem até 14 anos de idade, 69,6% são de jovens e adultos na faixa etária entre 15 e 59 anos e 9,6% são de idosos de 60 anos acima.

**Quadro 1 - Estimativa populacional de Goiânia por sexo e faixa etária, 2016.**

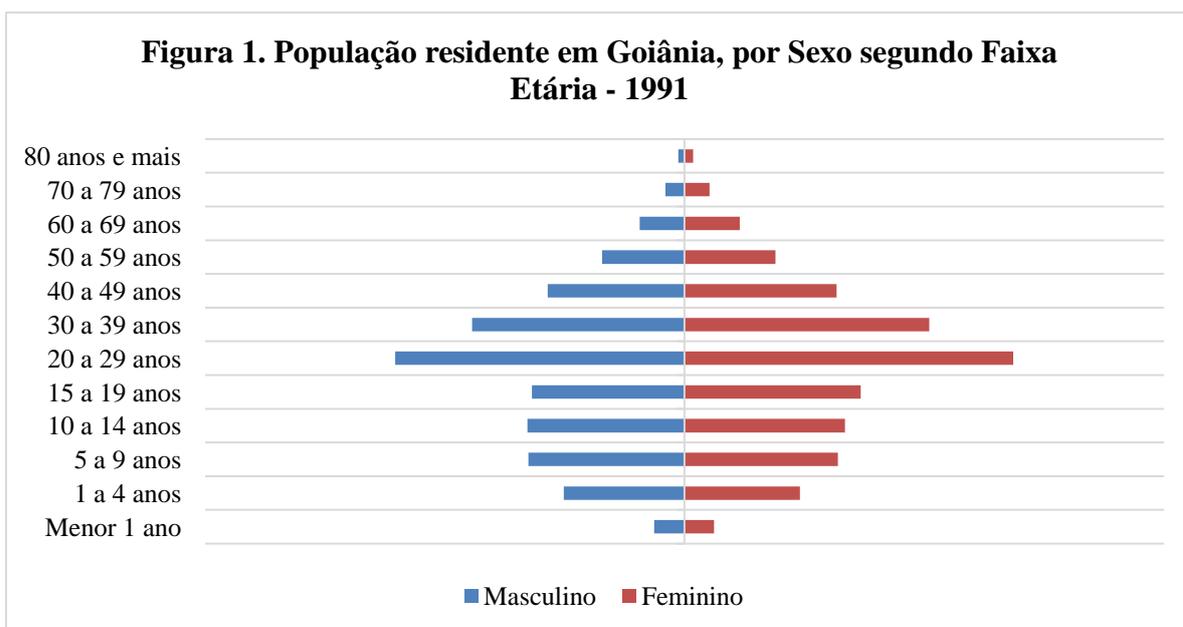
<b>Faixa Etária</b>	<b>Homem</b>	<b>%</b>	<b>Mulher</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Menor 1 ano	9.883	50,6	9.630	49,4	19.513	1,3
1 a 4	37.886	50,9	36.579	49,1	74.465	5,1
5 a 9	49.166	50,9	47.443	49,1	96.609	6,7
10 a 14	55.652	50,3	54.881	49,7	110.533	7,6
15 a 19	61.385	49,4	62.927	50,6	124.312	8,6
20 a 29	142.765	48,6	151.283	51,4	294.048	20,3
30 a 39	119.429	47,9	130.065	52,1	249.494	17,2
40 a 49	91.522	46,3	106.326	53,7	197.848	13,7
50 a 59	64.325	45,0	78.766	55,0	143.091	9,9

<b>Faixa Etária</b>	<b>Homem</b>	<b>%</b>	<b>Mulher</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
60 a 69	35.293	44,0	44.877	56,0	80.170	5,5
70 a 79	16.983	41,3	24.138	58,7	41.121	2,8
80+	6.494	37,2	10.941	62,8	17.435	1,2
<b>Total</b>	<b>690.783</b>	<b>47,7</b>	<b>757.856</b>	<b>52,3</b>	<b>1.448.639</b>	<b>100,0</b>

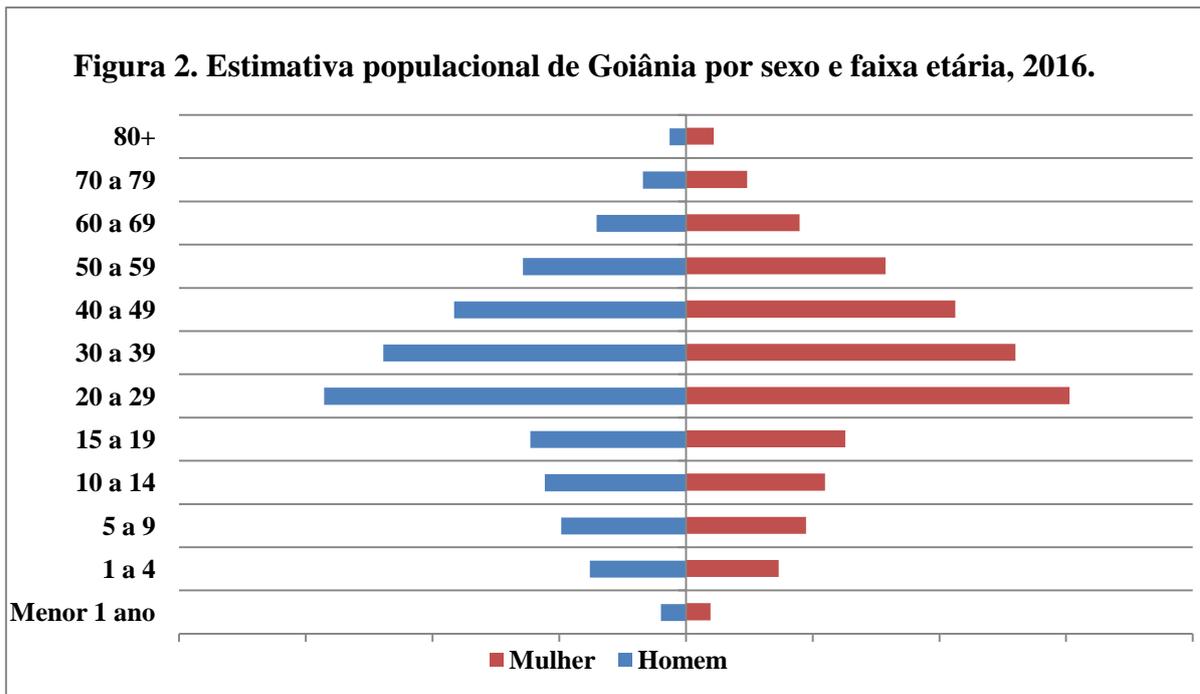
Fonte: SMS/ Diretoria de Políticas Públicas de Saúde.

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

#### Comparativo pirâmide populacional, 1991 (censo), e 2016 (estimativa).



Fonte: IBGE/DATASUS



Fonte: SMS/ Diretoria de Políticas Públicas de Saúde.

A população de Goiânia é 57% maior de 2016 (1.448.639 - estimativa) em relação a 1991(922.222 - censo). A faixa etária de 60 anos e mais também aumentou em 180% de 1991 para 2016.

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 3,2% em 2016.

O aumento da expectativa média de vida aliada a redução das taxas de natalidade são os responsáveis pela elevação na participação do contingente populacional maior de 60 anos na população total.

Em 1991, esse grupo representava 5,4% do total e em 2016 já responde por 9,5%. 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.

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 doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), notadamente as cardiovasculares e as

neoplasias. Merece destaque que temos um exemplo de sucesso no caso da política de controle do tabagismo que tem feito cair a prevalência de fumantes.

O crescimento da violência também representa um dos maiores e mais difíceis desafios do novo perfil epidemiológico que se deve principalmente aos homicídios e acidentes de transporte terrestre.

Goiânia é 11ª cidade mais populosa do país, a segunda do Centro-Oeste, sendo superada apenas por Brasília. sexta maior cidade do Brasil em tamanho, com 256,8 quilômetros quadrados de área urbana e tem uma taxa de crescimento que variou de 2,31% de 1991 para 1,71% em 2017.

#### **Quadro 2 - Taxa de Crescimento Geométrico Populacional (%)**

Ano	1991	1996	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
%	2,31	1,67	1,91	1,90	1,85	1,87	1,85	1,79	1,77	1,72	1,68	2,29	2,05	1,90	1,79	1,71

**Fonte(s):** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento/Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos - Segplan/IMB

**Nota:**

**Definição(s):** É o crescimento da população de um local considerando duas datas sucessivas e o intervalo de tempo entre essas datas, medido em ano.

Além de Goiânia há de se destacar a Região Metropolitana de Goiânia, composta por 20 municípios, abriga 2.458.504 habitantes em 2016 (IBGE), Quadro 2, representando 37% da população de Goiás para o mesmo ano (6.695.855).

#### **Quadro 3 - População dos municípios que compõem a Região Metropolitana de Goiânia, 2016.**

Municípios	População
Abadia de Goiás	8.053
Aparecida de Goiânia	532.135
Aragoiânia	9.607
Bela Vista de Goiás	28.077
Bonfinópolis	8.876
Brazabrantes	3.565
Caldazinha	3.664

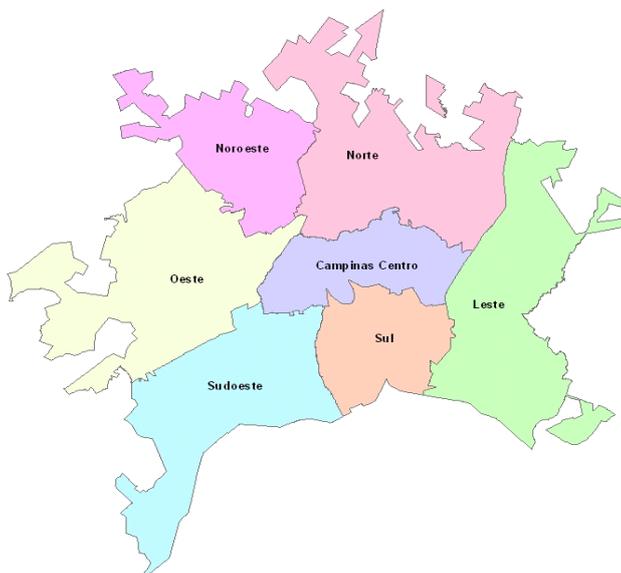
<b>Municípios</b>	<b>População</b>
Caturai	5.010
Goiânia	1.448.639
Goianópolis	11.460
Goianira	40.338
Guapó	14.462
Hidrolândia	20.121
Inhumas	51.932
Nerópolis	27.812
Nova Veneza	9.249
Santo Antônio de Goiás	5.659
Senador Canedo	102.947
Terezópolis de Goiás	7.513
Trindade	119.385
Total	2.458.504

Fonte: IBGE - Estimativas de população

A maioria desses habitantes, dinâmica específica dos ambientes metropolitanos, exerce pressão sobre a capital (Goiânia) quanto à demanda de serviços públicos de uso coletivo e trabalho o que pressupõe análise de fatores sociais e econômicos intrínsecos a cada município que reflete a importância da discussão acerca da descentralização dos equipamentos de serviços de uso coletivo conforme a demanda de cada município, como proposta para o desenvolvimento daqueles que apresentam maior dificuldade para a arrecadação de recursos através de receitas municipais e de políticas de saúde específicas.

O município de Goiânia era anteriormente dividido em doze administrações regionais, sendo que hoje são sete (Centro - Campinas, Sul, Sudoeste, Leste, Noroeste, Norte, Oeste), conforme a Lei Complementar nº 183 de 19 de dezembro de 2008, conforme figura 3.

**Figura 3 – Mapa de Goiânia, segundo Regiões Administrativas.**



ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO, QUALIDADE E CONTROLE - CENTRAL DE INFORMÁTICA

## 4.2 - PERFIL SOCIOECONÔMICO

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Goiânia é 0,799, em 2010. Está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799) e seus índices são melhores do que o de Goiás e do Brasil, conforme quadro abaixo.

**Quadro 4 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes.**

Lugar	IDHM (2010)	IDHM Renda (2010)	IDHM Longevidade (2010)	IDHM Educação (2010)
Brasil	0,727	0,739	0,816	0,637
Goiás	0,709	0,621	0,621	0,709
Goiânia	0,799	0,824	0,838	0,739

Fonte: PNUD, Atlas Brasil 2013.

Os melhores IDHM estão nos bairros: Marista (AV, 136), Jardins Milão, Paris, Atenas, Verona, Munique, Alphaville, Portal do Sol, Bueno (AV. T63, Parque Vaca Brava), Jardins Viena e Mônaco, Aldeia do Vale, Granville, Jardins Madri, Jardim Goiás, Parque Flamboyant, Alto da Glória, Bueno (AV. T8), Bela Vista (AV. T63), Bueno (Rua S-1), Serrinha (Bueno), Oeste (AV. Perimetral), Bela Vista (Estádio Serrinha), Pedro Ludovico (Parque Areão, Terminal Izidória), dentre outros e os piores estão nos bairros: Madre Germana, Itaipu, Esmeraldas, Vila Rica, Unidade Territorial de Planejamento Cisnes Norte, Unidade Territorial de Planejamento Jardim Primavera, Residencial Ytapuã, Monte Pascoal, Setor Eldorado Oeste, Lírios do Campo, Unidade Territorial de Planejamento São Domingos, Dourados, Residencial Jardins do Cerrado / Residencial Mundo Novo, Residencial Buena Vista, Independência Mansões, Jardins Florença, Virgínia Park, Condomínio Imperial, Chácara Pontakayana, Setor dos Bandeirantes, Residencial Santa Fé, Setor Laguna Park, Setor Vida Nova, Samarah, Jardim Decolores, Clube do Lago, Setor Bela Vista, Jardim das Acácias, Ana Rosa, Maranata, Jardim Dom Bosco, Ipê, dentre outros.

A renda per capita média de Goiânia cresceu 94,39% nas últimas duas décadas, passando de R\$693,72 em 1991 para R\$1.001,94 em 2000 e R\$1.348,55 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 44,43% no primeiro período e 34,59% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com

renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 2,95% em 1991 para 1,75% em 2000 e para 0,54% em 2010.

A desigualdade aumentou: o Índice de Gini<sup>1</sup> passou de 0,57 em 1991 para 0,61 em 2000 e para 0,58 em 2010.

#### **Quadro 5 - Renda, Pobreza e Desigualdade – Goiânia.**

<b>Renda</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Renda per capita (em R\$)	693,72	1.001,94	1.348,55
% de extremamente pobres	2,95	1,75	0,54
% de pobres	13,86	8,84	3,09
Índice de Gini	0,57	0,61	0,58

Fonte: PNUD, Atlas Brasil 2013.

#### **Quadro 6 - Porcentagem da Renda Apropriada por Estratos da População Goiânia.**

<b>Porcentagem da Renda</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
20% mais pobres	3,25	2,8	3,34
40% mais pobres	9,61	8,48	9,84
60% mais pobres	19,77	17,73	19,89
80% mais pobres	37,59	34,58	36,94
20% mais ricos	62,41	65,42	63,06

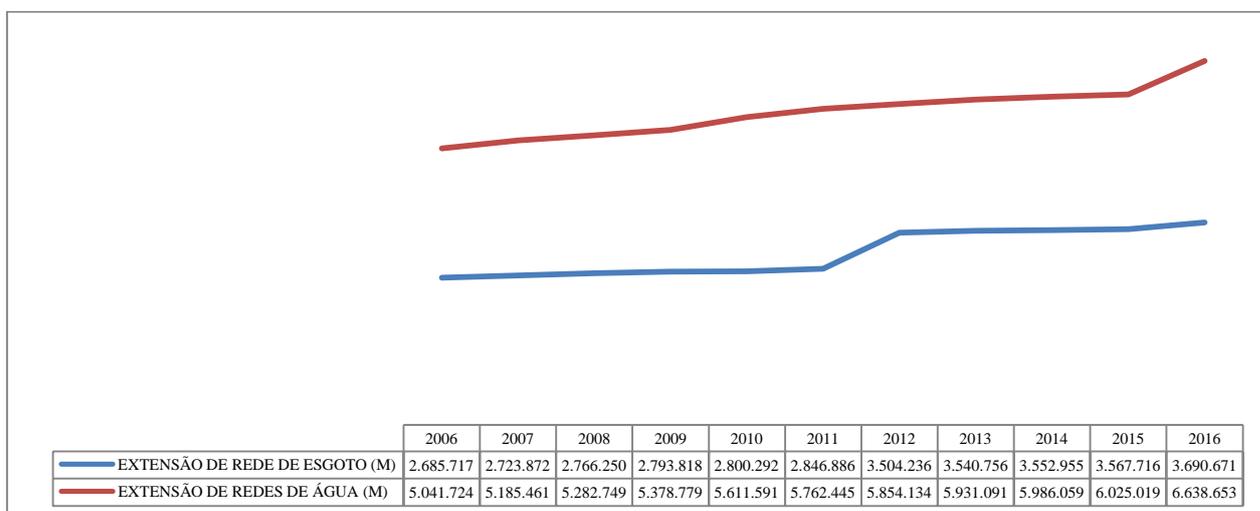
Fonte: PNUD, Atlas Brasil 2013.

---

<sup>1</sup> Índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

## Rede de esgoto e água

**Figura 4 – Extensão rede de água e esgoto, Goiânia, 2006 a 2016.**



**Fonte:** Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos - Segplan/IMB.

As condições dos serviços de saneamento básico em Goiânia não são tão insatisfatórias quando se leva em consideração a média dos municípios brasileiros. O atendimento de água na área urbana já é universalizado e o atendimento de coleta de esgoto se encontra muito acima da média nacional. No entanto, no que se referem a estes dois serviços o maior desafio a ser superado para alcançar a universalização se encontra na área rural que ainda possui baixa cobertura de coleta de esgotos sanitários e na área urbana que ainda possui déficit tanto na coleta quanto no tratamento dos esgotos sanitários. Houve expansão da rede de esgoto de Goiânia (m) de 37, 4% e da rede de água de 31,6%.

### **Quadro 7. Principais indicadores do saneamento avaliados pelo Instituto Trata Brasil em Goiânia, 2010 a 2014.**

Indicador de atendimento de água (%)	Total	99,62
	Urbano	100%
Indicador de atendimento de esgoto (coleta) (%)	Total	84,3%
	Urbano	84,62%
Indicador de esgoto tratado por água consumida (%)	64,72	
Investimento (2010-2014) (Milhões R\$/ano)	671,93	

Arrecadação (2010-2014) (Bilhões R\$/ano)	2.638,24
Investimento/arrecadação (%)	25,47
Novas ligações água	33.313
Ligações faltantes para universalização	35.284
Novas ligações esgoto	18.264
Ligações faltantes para universalização	75.946
Indicador perdas na distribuição 2014 (%)	21,07
Tarifa média (R\$/m <sup>3</sup> )	3,58

Fonte: Instituto Trata Brasil (2016).

Os indicadores atendimento total de água e esgoto se referem à população urbana e rural atendida pelos serviços. No caso de Goiânia, 99,62% e 84,3% da população total (urbana e rural) são atendidas com abastecimento de água e coleta de esgoto, respectivamente. A média dos municípios brasileiros nesses mesmos indicadores é de 83% para água e 49,8% para coleta de esgoto, ou seja, apesar de Goiânia ainda não ter alcançado a universalização destes serviços, ainda se destaca por possuir nota acima da média geral.

Do total de esgotos gerados pela população goianiense (tendo como referência o volume de água consumido) 64% recebe tratamento que apesar de estar acima da média total dos municípios brasileiros que é de 40,8%, ainda é considerado baixo índice de atendimento. Em resumo, do valor total de esgoto gerado em Goiânia, cerca de 15% não é coletado e acaba sendo lançado diretamente no ambiente e do total de esgoto coletado, aproximadamente 35% não recebe tratamento. Dentre os indicadores apresentados até o momento, o tratamento de esgoto é o principal desafio a ser superado pela capital de Goiás na busca pela universalização dos serviços de saneamento básico.

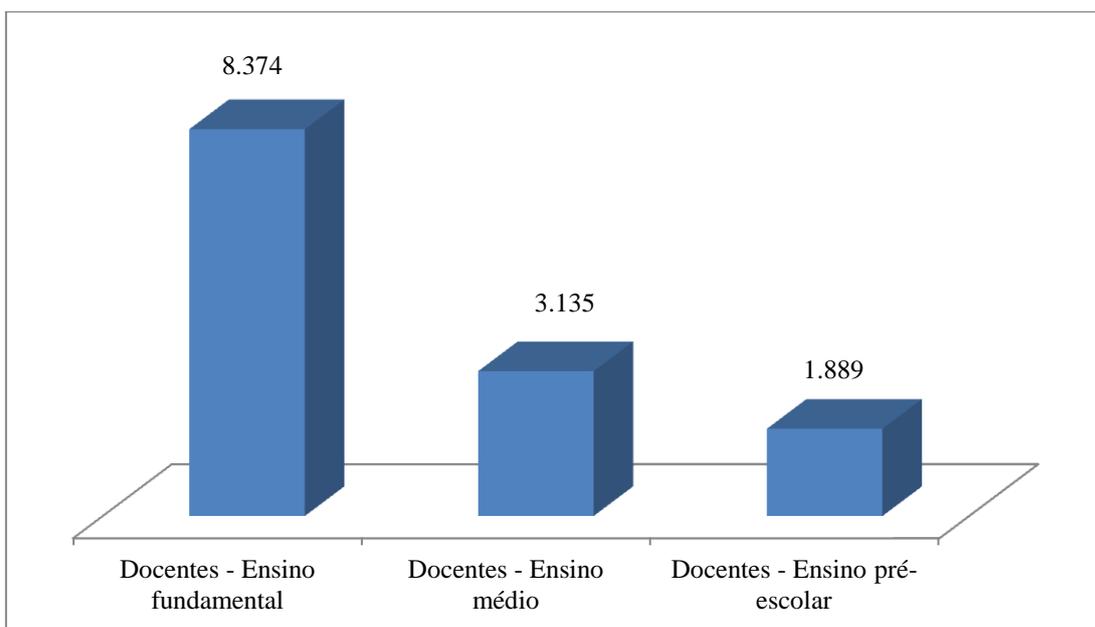
Apenas 25% de toda a arrecadação obtida pelas receitas operacionais e através do poder público entre os anos de 2010 a 2014 foram investidos. Este baixo investimento refletiu diretamente na evolução dos indicadores de saneamento, sendo que não houve evolução significativa nos serviços de tratamento de esgoto e atendimento total de água que permaneceram praticamente estagnados durante este período prejudicando a cobertura de atendimento de todos os indicadores crescerão concomitantemente sendo possível alcançar a universalização destes serviços em curto e médio prazo.

## Ensino, Matrícula, Docentes e Rede Escolar em Goiânia, 2015.

Em 2015, os (as) alunos (as) dos anos iniciais da rede pública em Goiânia tiveram nota média de 5.7 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.9. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava Goiânia na posição 106 de 246. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 96 de 246.

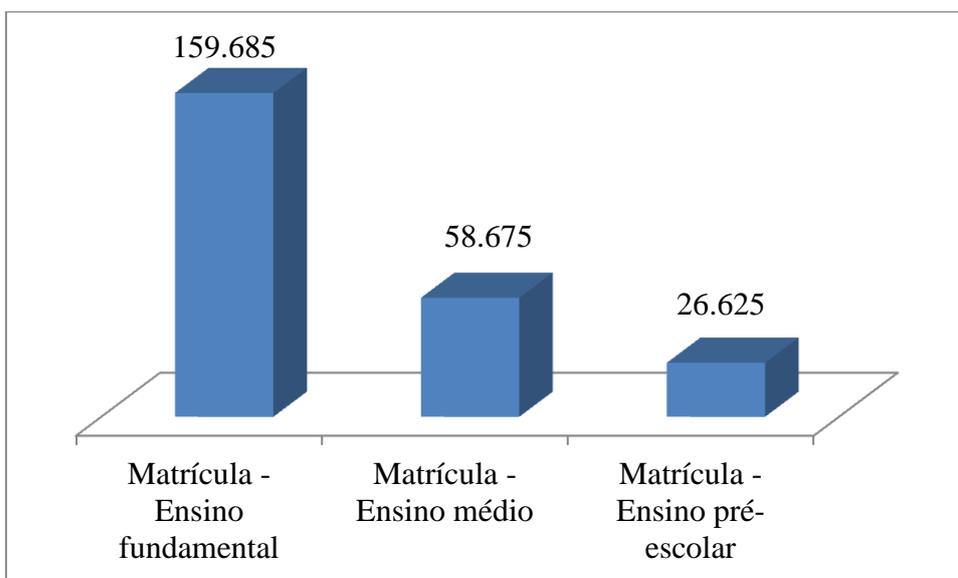
De acordo com o Censo Educacional, tanto para escola pública quanto privada, existia, em 2015 em Goiânia, 8.374 docentes do ensino fundamental, 3.135 do ensino médio e 1.889 do ensino pré-escolar, com 159.685 matrículas no ensino fundamental, 58.675 no ensino médio e 26.625 no ensino pré escolar, sendo 519 escolas do ensino fundamental, 163 do médio e 493, pré escola conforme figuras abaixo.

**Figura 5 – Docentes ensino em Goiânia, 2015.**



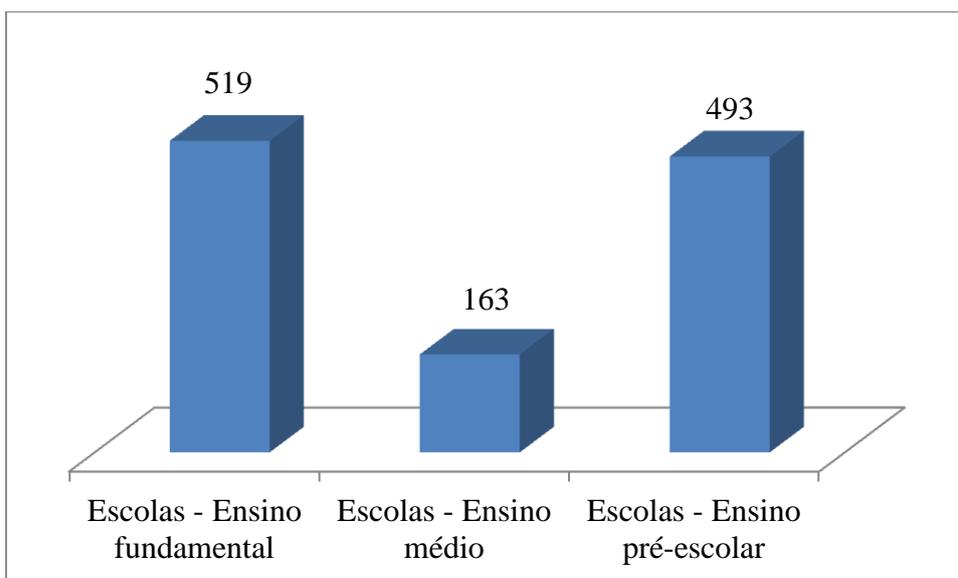
Fonte: IBGE.

**Figura 6 – Matrículas ensino em Goiânia, 2015.**



**Fonte: IBGE.**

**Figura 7 – Rede Escolar em Goiânia, 2015.**



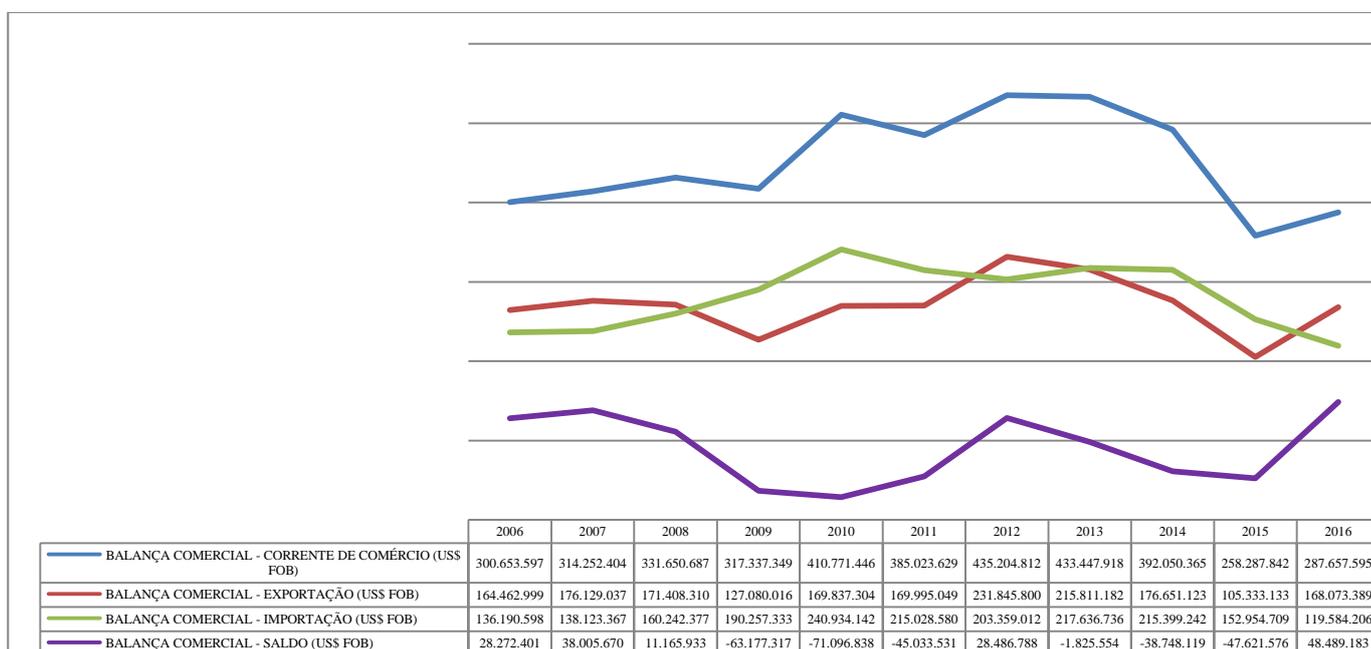
**Fonte: IBGE.**

Ainda conforme IBGE, em relação ao trabalho e rendimento para o ano de 2015, o salário médio mensal foi de 3.3 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total foi de 46.7%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupou as posições 10 de 246 e 4 de 246, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 130 de 5570 e 94 de 5570, respectivamente.

Em relação a economia pra o ano de 2014, tinha um PIB per capita de R\$ 32.636,58. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 36 de 246. Já na comparação com cidades do Brasil todo, sua colocação era de 653 de 5570. Em comparação às outras cidades do estado, estava na posição 220 de 246 e, quando comparado a cidades do Brasil todo, ficava em 4927 de 5570. Em 2015, teve 52% do seu orçamento proveniente de fontes externas.

### Aspectos econômicos

**Figura 8 – Balança comercial, Goiânia, 2006 a 2016 em US\$ FOB. (2)**



**Fonte:** Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos - Segplan/IMB.

Na figura acima abaixo está representado o saldo comercial do período, onde pode se notar houve superávits de 2006 a 2008 e depois em 2012 e 2016, sendo que houve déficits nos outros anos (s009, 2010, 2011, 2013 a 2015).

2 Balança Comercial: é a relação entre as exportações e as importações de um país. Corrente de Comércio: é o somatório das exportações e importações realizadas

Balança Comercial – Exportação: Corresponde às mercadorias embarcadas para o exterior.

Balança Comercial – Importação: Corresponde à entrada de mercadorias originárias do exterior

Balança Comercial - Saldo: É a diferença entre as exportações e importações ocorridas

US\$ FOB: Expressão inglesa *Free On Board*. Quer dizer que o exportador é responsável pela mercadoria até ela estar dentro do navio, para transporte, no porto indicado pelo comprador.

### 4.3 - PERFIL DA MORTALIDADE

**Quadro 8 - Número de óbitos de residentes em Goiânia por sexo, SMS - Ano /2015 e 2016\*.**

Sexo	Frequência		Proporção (%)	
	2015	2016*	2015	2016*
Masculino	4.926	4.747	56,12	56,35
Feminino	3.844	3.670	43,79	43,57
Ignorado	7	7	0,09	0,08
Total	8.777	8.424	100,00	100,00

Fonte: SIM/Datasus.

\*Dados preliminares

No ano 2015 ocorreram 8.777 óbitos de residentes em Goiânia, dos quais 56,12% foram em indivíduos do sexo masculino, 43,79% feminino e 0,09% ignorado.

**Quadro 9 - Número de óbitos de residentes em Goiânia por faixa etária, SMS - Ano /2015.**

Faixa etária	Masculino		Feminino		Ignorado		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<1 Ano	121	2,45	123	3,20	2	18,18	244	2,78
1 a 4	17	0,34	15	0,39	0	0	32	0,36
5 a 9	14	0,28	3	0,08	0	0	17	0,19
10-14	29	0,60	11	0,29	0	0	40	0,46
15-19	172	3,50	25	0,65	0	0	197	2,24
20-29	410	8,32	70	1,82	0	0	480	5,47
30-39	356	7,22	137	3,56	0	0	493	5,62
40-49	445	9,03	220	5,72	2	18,18	665	7,58
50-59	631	12,80	446	11,60	2	18,18	1077	12,27
60-69	831	16,88	618	16,08	0	0	1452	16,54
70-79	967	19,63	848	22,06	3	27,28	1816	20,69
80 e+	899	18,25	1327	34,52	0	0	2229	25,40
Ign	34	0,7	1	0,03	2	18,18	35	0,40
<b>Total</b>	<b>4926</b>	<b>100%</b>	<b>3844</b>	<b>100,00</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>8777</b>	<b>100%</b>

Fonte: SIM/Datasus.

Em relação aos óbitos por idade, a concentração maior ocorreu nas faixas etárias mais elevadas, 25,40% dos óbitos foram na faixa etária de 80 anos e mais, seguidas por 20,69% na faixa etária 75 a 79 anos, 16,54% na faixa etária 60 a 69 anos.

Quando consideramos a diferença entre sexos, observa-se que, proporcionalmente, a mortalidade entre os homens é maior em faixas etárias mais jovens do que entre as mulheres. Mais de 70% dos óbitos entre as mulheres ocorreu na faixa etária com 60 anos ou mais, enquanto que para o sexo masculino o percentual foi menor do que 56% do total. Entre os indivíduos com idade entre 15 e 44 anos, essas proporções foram de 11,75% e 28,07% para mulheres e homens, respectivamente.

**Quadro 10 - Número de Óbitos de residentes em Goiânia por causa básica, SMS - Ano /2015 e 2016\*.**

Causa (Capítulo CID10)	Frequência		Proporção (%)	
	2015	2016*	2015	2016*
IX. Doenças do aparelho circulatório	2094	1.942	23,86	23,05
II. Neoplasias (tumores)	1670	1.655	19,03	19,65
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1355	1.281	15,44	15,20
X. Doenças do aparelho respiratório	1222	1.088	13,92	12,91
XI. Doenças do aparelho digestivo	507	508	5,78	6,03
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	450	434	5,13	5,15
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	389	371	4,43	4,40
VI. Doenças do sistema nervoso	292	288	3,33	3,42
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	266	275	3,03	3,26
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	145	164	1,65	1,95
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.	127	153	1,45	1,81
XVII. Malformações congênitas deformidade e	104	96	1,18	1,14
V. Transtornos mentais e comportamentais	44	52	0,50	0,62
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	41	40	0,47	0,5
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido do conjuntivo	41	37	0,47	0,44
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	21	34	0,24	0,40
XV. Gravidez, parto e puerpério	8	5	0,09	0,06
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	1	0,01	0,01
Total	8.777	8.424	100	100

Fonte: SIM/Datasus.

A principal causa de óbitos de residentes em Goiânia foram as doenças do aparelho circulatório (23,86% e 23,05%). Em seguida apareceram as neoplasias (19,03% e 19,65%), causas externas de morbidade e mortalidade (15,44% e 15,20%) e doenças do aparelho respiratório (13,92% e 12,91%). Sugere-se estudos aprofundados sobre cada uma destas causas.

### **Mortalidade por causas externas**

Nas últimas décadas, Goiânia, assim como o Brasil vem alcançando importantes avanços em sua situação de saúde. A queda da taxa de mortalidade infantil, a redução na mortalidade proporcional das doenças infecciosas determinaram reflexos positivos no aumento da expectativa de vida.

Ao mesmo tempo outros problemas tornam-se objeto de preocupação. Entre esses, encontra-se o crescimento das causas externas, caracterizada pelas violências e acidentes. São questões importantes e expressivas para a saúde pública goianiense, pois seus valores são bastante superiores àqueles observados em países desenvolvidos e afetam frequentemente jovens do sexo masculino e trazem grandes custos sociais/econômicos e pessoais, envolvendo, além da morte e sofrimento para as famílias, lesões e deficiências graves para os sobreviventes.

Em 2015, foram registrados 8.777 óbitos residentes em Goiânia pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Destes, 1.355 (15,43%) óbitos ocorreram em decorrência de causas externas. Ou seja, a cada 6,5 morte registrada no SIM, uma foi decorrente de causas externas. Ocuparam a terceira posição no panorama de mortalidade da população de Goiânia no ano referido, apresentando variação segundo os diferentes grupos etários. Elas foram à terceira causa de morte na população de 0 a 9 anos de idade, passando a ocupar a primeira posição entre os óbitos de pessoas de 10 a 39 anos, a terceira posição entre as mortes de adultos de 40 a 59 anos e a sétima posição entre os óbitos entre idosos ( $\geq 60$  anos).

### **Observação:**

No banco da mortalidade (SIM), foram selecionados todos os óbitos cuja causa básica de morte foi classificada no capítulo 20 da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (décima revisão) – CID-10, que corresponde às causas externas de morbidade e mortalidade.

A Tabela 1 apresenta os resultados (frequência, proporções e coeficientes por 100 mil habitantes) relativos a esses óbitos, segundo características demográficas selecionadas e os tipos de causas externas que ocasionaram essas mortes. O sexo masculino respondeu por 81,33% desses óbitos e o feminino, por 18,67%. O coeficiente de mortalidade encontrado foi de 93,24 óbitos por 100 mil habitantes: 157,43 por 100 mil habitantes para o sexo masculino; e 33,58 por 100 mil habitantes para o feminino. O risco de óbito por causas externas entre os homens foi 4,7 vezes maior do que entre as mulheres.

**Tabela 1 - Número absoluto (N), proporção (%) de óbitos e taxa (ou coeficiente) de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas externas, segundo variáveis demográficas, tipos de causa externa e categorias de análise – Goiânia, 2015.**

Categoria de análise	Masculino		Feminino				Total		
	N	%	Taxa	N	%	Taxa	N	%	Taxa
<b>Faixa etária<sup>1</sup></b>									
0 a 4	5	0,46	10,43	7	2,81	15,25	12	0,90	12,79
5 a 9	1	0,09	2,01	1	0,40	2,07	2	0,15	2,04
10 a 14	12	1,11	22,45	2	0,80	3,80	14	1,05	13,20
15 a 19	146	13,46	257,81	14	5,62	24,93	160	11,99	141,85
20 a 29	338	31,15	261,28	30	12,05	23,12	368	27,59	142,01
30 a 39	217	20,00	170,44	32	12,85	24,01	249	18,67	95,56
40 a 40	141	13,00	154,22	36	14,46	35,37	177	13,27	91,61
50 a 59	82	7,56	117,90	22	8,84	26,17	104	7,80	67,70
60 e+	143	13,17	224,36	105	42,17	117,04	248	18,58	161,61
Total	1085	100,00	157,43	249	100,00	33,58	1334	100,00	93,24
<b>Escolaridade<sup>2</sup></b>									
Nenhuma	33	2,99	-	28	11,2	-	61	4,50	-
1 a 3 anos	165	14,93	-	41	16,4	-	206	15,20	-
4 a 7 anos	397	35,93	-	49	19,6	-	446	32,92	-
8 a 11 anos	261	23,62	-	50	20	-	311	22,95	-

Categoria de análise	Masculino		Feminino				Total		
	N	%	Taxa	N	%	Taxa	N	%	Taxa
12 anos e mais	71	6,43	-	30	12	-	101	7,45	-
Ignorado	178	16,11	-	52	20,8	-	230	16,97	-
<b>Cor/raça<sup>2</sup></b>									
Branca	318	28,78	-	128	51,2	-	446	32,92	-
Preta	46	4,16	-	7	2,8	-	53	3,91	-
Amarela	2	0,18	-	0	0	-	2	0,15	-
Parda	715	64,71	-	111	44,4	-	826	60,96	-
Ignorado	24	2,17	-	4	1,6	-	28	2,07	-
<b>Acidentes</b>	<b>378</b>	<b>34,21</b>	<b>54,85</b>	<b>162</b>	<b>64,8</b>	<b>21,85</b>	<b>540</b>	<b>39,85</b>	<b>37,74</b>
<b>Quedas</b>	84	<b>7,60</b>	12,19	85	<b>34</b>	11,46	169	<b>12,47</b>	11,81
<b>Outras causas acidentais</b>	71	<b>6,43</b>	10,30	13	<b>5,2</b>	1,75	84	<b>6,20</b>	5,87
<b>Transporte Terrestre</b>	223	<b>20,18</b>	32,36	64	<b>25,6</b>	8,63	287	<b>21,18</b>	20,06
Pedestre	37	3,35	5,37	11	4,4	1,48	48	3,54	3,36
Ciclista	11	1,00	1,60	0	0	0,00	11	0,81	0,77
Motociclista	71	6,43	10,30	22	8,8	2,97	93	6,86	6,50
Ocupante de veículo	56	5,06	8,13	23	9,2	3,10	79	5,83	5,52
Não especificado	48	4,34	6,96	8	3,2	1,08	56	4,14	3,91
<b>Violências</b>	<b>727</b>	<b>65,79</b>	<b>105,48</b>	<b>88</b>	<b>35,2</b>	<b>11,87</b>	<b>815</b>	<b>60,15</b>	<b>56,97</b>
<b>Autoprovocadas</b>	64	<b>5,79</b>	9,29	24	<b>9,6</b>	3,24	88	<b>6,50</b>	6,15
<b>Agressões</b>	648	<b>58,64</b>	94,02	50	<b>20</b>	6,74	698	<b>51,51</b>	48,79
Arma de fogo	536	82,72	77,77	31	62	4,18	567	81,23	39,63
<b>Intenção indeterminada</b>	<b>09</b>	<b>0,81</b>	1,31	<b>01</b>	<b>0,4</b>	0,13	<b>10</b>	<b>0,74</b>	0,70
<b>Demais causas externas</b>	<b>06</b>	<b>0,55</b>	0,87	<b>13</b>	<b>5,2</b>	1,75	<b>19</b>	<b>1,40</b>	1,33

Categoria de análise	Masculino		Feminino				Total		
	N	%	Taxa	N	%	Taxa	N	%	Taxa
<b>Total causas externas</b>	<b>1.105</b>	<b>100</b>	160,33	<b>250</b>	<b>100</b>	33,72	<b>1.355</b>	<b>100</b>	94,71

Fonte: SIM/DATASUS

<sup>1</sup>- excluídos 21 óbitos com idade desconhecida

<sup>2</sup>- Taxa não calculada

A distribuição dessas mortes segundo faixa etária mostrou que os adultos jovens (20 a 39 anos) concentraram o maior número de mortes.

Em relação aos coeficientes, contudo, a população com idade igual ou maior de 60 anos exibiu os coeficientes mais altos (161,61 óbitos por 100 mil habitantes), seguindo-se a faixa de 20-29 anos (142,01 óbitos por 100 mil habitantes) e 15-19 anos (141,85 óbitos por 100 mil habitantes).

Em relação à escolaridade, a maior proporção de óbitos ocorreu em pessoas que possuía de quatro a sete anos de instrução (32,92%).

O alto percentual de indivíduos com escolaridade ignorada (16,97%) chama a atenção para a incompletude dessa variável na declaração de óbito, trazendo prejuízos à interpretação desses resultados. Em relação à variável cor/raça, os indivíduos pardos/negros concentraram a maioria dessas mortes (64,87%), seguidos dos indivíduos brancos (32,92%).

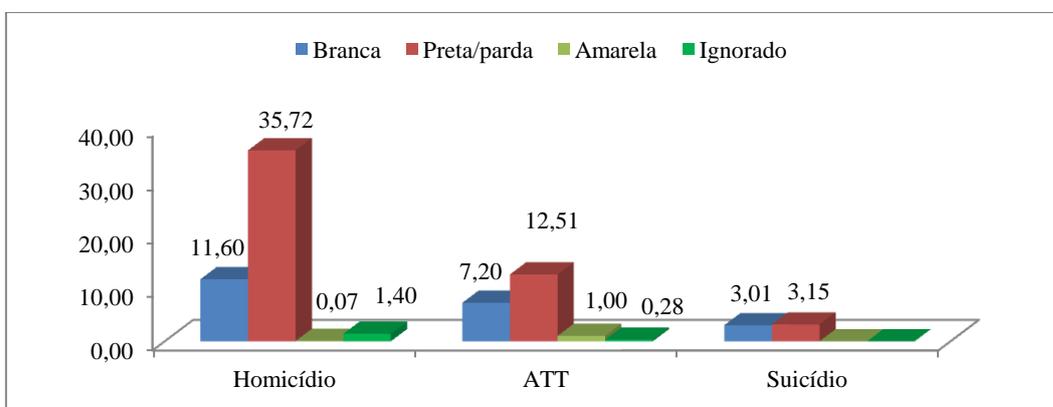
As causas não intencionais (acidentes) e intencionais (violências), responderam por 39,85% (coeficiente igual a 37,74 óbitos por 100 mil habitantes) e 60,15% (56,97 óbitos por 100 mil habitantes), respectivamente. A população feminina exhibe outro padrão, em que preponderam os acidentes. As lesões cuja intenção não foi determinada representaram 0,74% do total.

Entre os acidentes, destacam-se os de transporte terrestre (21,18%; 20,06 óbitos por 100 mil habitantes). As quedas responderam por 12,47% (11,81 óbitos por 100 mil habitantes) e os demais acidentes por 6,20 (5,87 óbitos por 100 mil habitantes). Nas mortes decorrentes de acidentes de transporte terrestre (ATT), particularmente, a maior parcela ocorreu entre os motociclistas (6,86%), percentual maior do que pedestre (3,57%) e ocupante de veículo (5,83%). Goiânia apresenta mortalidade decrescente para

acidentes de transporte terrestre, estacionária para automóveis e motocicletas e decrescente para pedestre quando se compara 2000 a 2015.

No grupo das violências, os homicídios preponderaram (51,51%, coeficiente igual a 48,79 óbitos por 100 mil habitantes), em contraste com a representação proporcional dos suicídios: 6,49% do total ou 6,15 óbitos por 100 mil habitantes. Entre as agressões, as armas de fogo formaram o principal meio de agressão, respondendo por 81,23% do total de homicídios ou 39,63 óbitos por 100 mil habitantes.

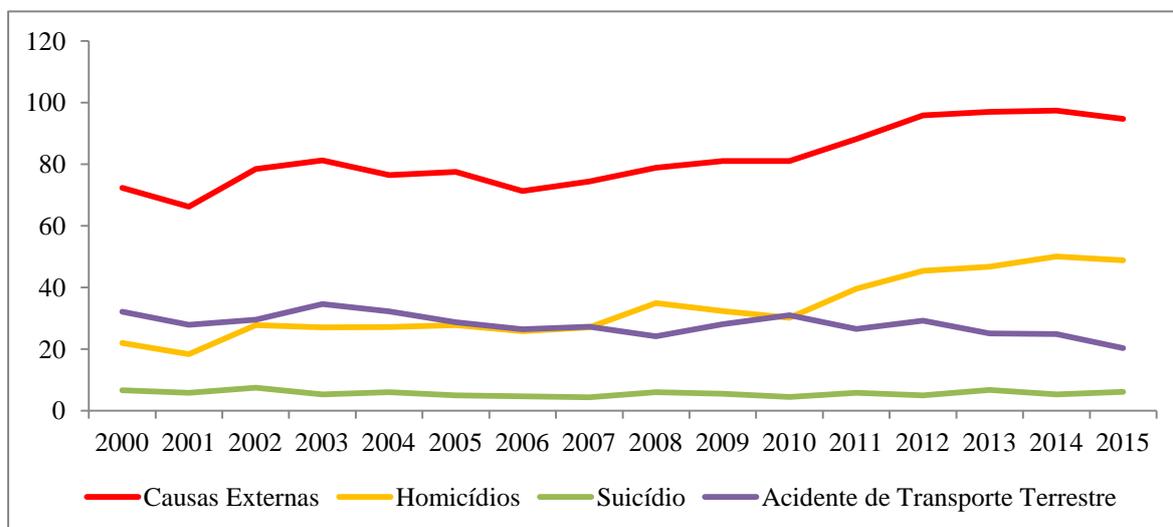
**Figura 9 – Taxa (ou coeficiente) de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas externas, segundo cor/raça e tipo de causa. Goiânia, 2015.**



Fonte: SIM/Datasus

A figura 9 foi construída para mostrar o risco de morrer segundo cor/raça e o tipo de acidente ou violência. Em todos os tipos, exceto suicídio, há predomínio da cor/raça preta/parda, com maior coeficiente nos homicídios (35,72 por 100.000), indicando que o risco de um indivíduo da categoria preta/parda ser vítima de um homicídio foi 3 vezes o risco de um indivíduo da raça branca.

**Figura 10 – Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas externas e tipos de causa externa e categorias de análise – Goiânia, 2000 a 2015.**



Fonte: SIM/Datasus

A figura 10 mostra as taxas de mortalidade (por 100.000 habitantes) por causas externas, homicídios, acidentes de transporte terrestre e suicídio.

Quanto aos ATT observa-se que houve redução no período, possivelmente pela implantação do Programa Vida no Trânsito em parceria com o Ministério da Saúde, fiscalização Lei Seca que em Goiânia é executada pela operação “Balada Responsável”, redução da velocidade, sinalização eletrônica por radares ou outros meios. Mas todas essas suposições merecem ser estudadas e analisadas, o que poderá ser feito através do Programa Vida no Trânsito cuja qualificação da informação é referência nacional.

Em relação aos homicídios houve um aumento expressivo de 2000 para 2015 que também precisa ser mais bem analisado. Suicídio também merece atenção.

Isso mostra que políticas públicas para esses agravos precisam ser implementadas e fortalecidas.

As informações referentes ao nível de mortalidade por causas externas de uma população são bastante significativas quando se pretende fazer inferências sobre as condições de saúde dos grupos que a constituem. Essas informações possibilitam identificar quem são os mais afetados por determinados agravos à saúde, definir problemas prioritários, planejar ações e priorizar recursos para enfrentamento desses agravos. Os dados de mortalidade alertam os gestores sobre problemas de maior

magnitude, constituindo importante guia para a determinação das prioridades a serem analisadas e investigadas na área da saúde pública.

O aumento nas taxas de morte por causas externas está atrelado aos determinantes e condicionantes de saúde, também resultado de uma complexa interação de fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais. Compreender como esses fatores estão relacionados à violência é um dos passos importantes na abordagem para a vigilância e prevenção das causas externas e promoção de uma cultura de paz.

Políticas públicas devem ser elaboradas e implementadas a partir das evidências, orientadas pelo princípio e objetivo da equidade social.

### **Mortalidade por neoplasias**

O câncer é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Em 2012, cerca de 14 milhões de novos casos foram registrados. Espera-se que o número de novos casos aumente em aproximadamente 70% nos próximos 20 anos. Em 2015, causou 8,8 milhões de mortes. Quase um em cada seis mortes no mundo é devido a esta doença. 70% das mortes por câncer ocorrem em países de baixa e média renda.

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências encontradas foram mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%).

Cerca de um terço das mortes por câncer são devidas aos cinco principais fatores de risco comportamentais e dietéticos: alto índice de massa corporal, consumo reduzido de frutas e vegetais, falta de atividade física, uso de tabaco e consumo de álcool. Fumar é o principal fator de risco e causa aproximadamente 22% das mortes por câncer.

Importante destacar que desde 2006 a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) foi implantado em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal e vem cumprindo, com grande eficiência, seu objetivo de monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) por inquérito

telefônico. O Vigitel compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do Ministério da Saúde e, com outros inquéritos, como os domiciliares e em populações escolares, vem ampliando o conhecimento sobre as DCNT no País.

Em Goiânia, ressaltam-se alguns fatores de risco para ocorrência DCNT de 2012 a 2016, a saber: as maiores frequências de adultos fumantes foram encontradas entre homens em todos os anos e um total em ambos os sexos de 10,4% e para indivíduos que declararam fumar 20 ou mais cigarros por dia variou entre 3,7% em 2012 e 2,4% em 2016. Entre os homens, os maiores percentuais foram observados em 2012 (5,3%) e, entre as mulheres, em 2015 (2,9%).

Além do tabagismo, adultos com excesso de peso variou entre 49,4% em 2012 e 48,5% em 2016. As maiores frequências de excesso de peso foram observadas, no caso de homens, em 2015 (54,4%), e, para as mulheres, em 2014 (56,2%).

Em relação a obesidade em adultos sua frequência variou de 14,0% em 2012 e 16,3% em 2016. As maiores frequências de excesso de peso foram observadas, no caso de homens, em 2016 (18,4%), e, para as mulheres, em 2015 (12,0%).

Outro fator de risco importante é a inatividade física cuja frequência variou entre 12,1% em 2012 e 11,4% em 2016 para adultos fisicamente inativos.

A frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias) variou entre 18,5% em 2012 e 21,4% em 2016. As maiores frequências, entre homens, foram observadas em 2016 (29,3%) e, entre mulheres, também no mesmo ano (14,5%).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) se assemelha aos dados dos adultos, sendo importante a ser considerado para o planejamento das intervenções.

**Tabela 2 - Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) fumantes, com excesso de peso, obesidade, inatividade física e com consumo abusivo de bebida alcoólica por sexo, Goiânia. Vigitel. 2012 a 2016.**

Indicadores	Sexo	2012	Total	2013	Total	2014	Total	2015	Total	2016	Total
% de fumantes	Homem	13,3	9,9	15,4	10,4	14,1	10,4	8,7	7,6	14,0	10,3
	Mulher	7,0		6,0		7,1		6,7		7,0	
% de fumantes de $\geq 20$ cigarros por dia	Homem	5,3	3,7	3,6	2,2	3,9	2,7	3,4	3,1	4,0	2,4
	Mulher	2,3		1,0		1,7		2,9		1,0	
% com excesso de peso (IMC $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> )	Homem	52,0	49,4	51,2	47,5	51,5	49,7	54,4	46,0	52,4	48,5
	Mulher	47,0		44,3		56,2		38,6		45,1	
% com obesidade (IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> )	Homem	11,8	14,0	18,0	16,3	13,6	15,0	14,7	13,3	18,4	16,3
	Mulher	15,9		14,9		16,3		12,0		14,5	
% Inatividade física	Homem	11,4	12,1	15,9	14,6	14,5	13,9	21,5	17,9	10,6	11,4
	Mulher	12,8		13,4		13,4		14,6		12,1	
% consumo abusivo de bebida alcoólica	Homem	28,7	18,5	24,2	16,6	22,1	15,5	24,8	18,6	29,3	21,4
	Mulher	9,5		9,9		9,8		13,2		14,5	

Fonte: Vigitel, 2012 a 2016.

As infecções oncogênicas, incluindo as causadas por vírus da hepatite ou papilomavírus humano, causam 25% dos casos de câncer em países de baixa e média renda.

A detecção de câncer em estágio avançado e a falta de diagnóstico e tratamento são problemas frequentes. Em 2015, apenas 35% dos países de baixa renda relataram que a saúde pública possui serviços de patologia para atender a população em geral. Mais de 90% dos países de alta renda oferecem tratamento para pacientes com câncer, enquanto em países de baixa renda essa porcentagem é inferior a 30%. O impacto econômico do câncer é substancial e crescente. De acordo com estimativas, o custo total atribuível à doença em

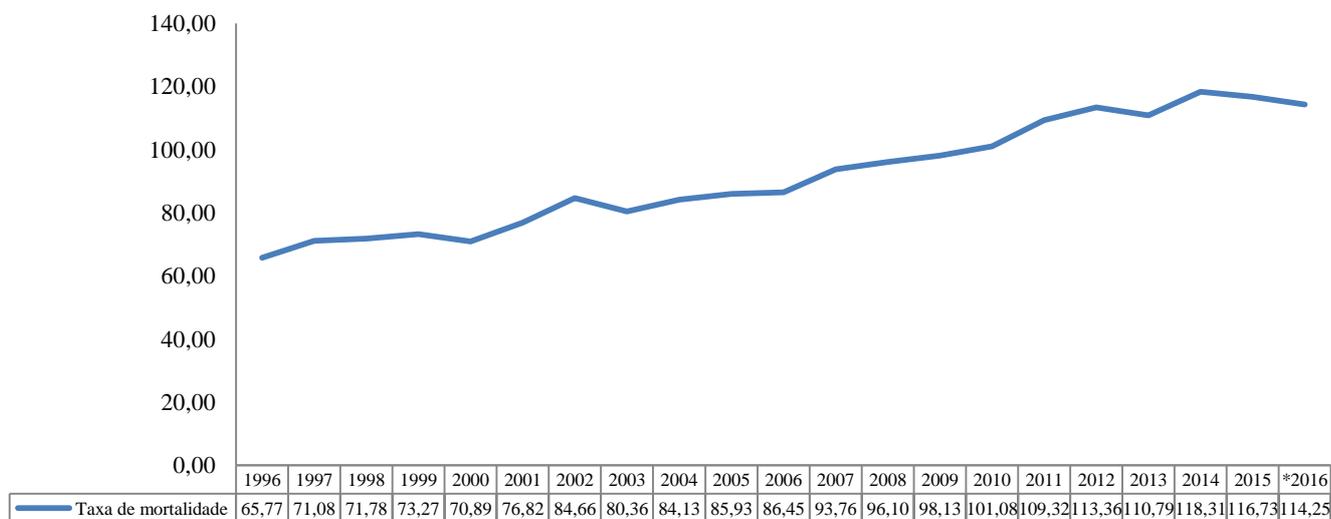
2010 foi de US \$ ,16 bilhão. Apenas um em cada cinco países com rendimentos médios ou baixos tem os dados necessários para promover políticas para combater a doença.

No Brasil, os registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) fornecem informações sobre o impacto do câncer nas comunidades, configurando-se uma condição necessária para o planejamento e a avaliação das ações de prevenção e controle de câncer. Em conjunto com os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), formam o eixo estruturante para a vigilância de câncer e para o desenvolvimento de pesquisas em áreas afins.

A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres serão os mais frequentes. Sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais.

Em Goiânia, a taxa de mortalidade por 100 mil habitantes apresenta aumentos discretos nos últimos anos, passando de 65,77/100.000 em 1996 para 114,25 em 2016 (dados preliminares) o que aponta necessidades de estudos mais complexos para subsidiar estratégias para o seu enfrentamento.

**Figura 11 – Taxa de Mortalidade por neoplasias, Goiânia – 1996 a 2016\***



Fonte: SIM/DATASUS

\*Dados preliminares

**Figura 12 - Principais neoplasias de causa específica de morte no sexo feminino, Goiânia, 2000-2015.**

Fx. Etária (anos)	Causas Específicas de Morte							
	2000		2005		2010		2015	
< 1	-		Meninge, encéfalo, SNC	100,0	-		-	
1 a 9	Meninge, encéfalo, SNC	66,7	Meninge, encéfalo, SNC	25,0	Meninge, encéfalo, SNC	40,0	Mieloma e neoplasia de plasmócitos	42,9
	Leucemia	33,3	Linfoma não-Hodgkin	25,0	Leucemia	40,0	Neoplasia in situ, benigno, comport. incerto	42,9
			Leucemia	25,0	Restante de neoplasias	20,0	Bexiga	14,3
10 a 19	Restante de neoplasias	66,7	-		Leucemia	40,0	-	
	Leucemia	33,3	-		Restante de neoplasias	40,0	-	
			-		Fígado e vias biliares intra-hepática	20,0	-	
20 a 39	Mama	26,7	Meninge, encéfalo, SNC	19,6	Colo do útero	16,2	Pele	20,5
	Restante de neoplasias	23,3	Linfoma não-Hodgkin	17,4	Leucemia	10,8	Mama	17,9
	Cólon,reto e ânus	13,3	Leucemia	15,2	Mama	10,8	Neoplasia in situ, benigno, comport. incerto	15,4
	Mama	22,2	Meninge, encéfalo, SNC	20,4	Mama	24,0	Pele	28,5

40 a 59	Cólon, reto e ânus	13,0	Linfoma não-Hodgkin	12,5	Restante de neoplasias	17,7	Laringe	12,7
	Colo do útero	13,0	Leucemia	12,5	Traquéia, brônquios e pulmões	10,4	Estômago	10,4
> 60	Restante de neoplasias	20,3	Meninge, encéfalo, SNC	18,6	Restante de neoplasias	18,1	Pele	16,1
	Traquéia, brônquios e pulmões	14,2	Linfoma não-Hodgkin	11,5	Traquéia, brônquios e pulmões	13,5	Neoplasia in situ, benigno, comport. incerto	14,7
	Mama	11,2	Leucemia	11,5	Mama	11,2	Laringe	12,7

Fonte: SIM/Datasus

**Figura 13 - Principais neoplasias de causa específica de morte no sexo masculino, Goiânia, 2000-2015.**

Fx. Etária (anos)	Causas Específicas de Morte							
	2000		2005		2010		2015	
< 1	Fígado e vias biliares intra-hepática	100,0	-		-		Leucemia	50,0
							Restante de neoplasias	50,0
1 a 9	Linfoma não-Hodgkin	40,0	Leucemia	50,0	Leucemia	75,0	Meninge, encéfalo, SNC	50,0
	Meninge, encéfalo, SNC	20,0	Meninge, encéfalo, SNC	33,3	Restante de neoplasias malignas	25,0	Leucemia	25,0
	Leucemia	20,0	Restante de neoplasias	16,7			Lábio, cav oral e faringe	25,0
10 a 19	Leucemia	50,0	Leucemia	57,1	Leucemia	50,0	Leucemia	40,0
	Restante de neoplasias	40,0	Meninge, encéfalo, SNC	28,6	Linfoma não Hodgkin	50,0	Restante de neoplasias	40,0
	Fígado e vias biliares intra-hepática	10,0	Lábio, cav oral e faringe	14,3			Linfoma não Hodgkin	20,0
20 a 39	Restante de neoplasias	34,5	Restante de neoplasias	50,0	Restante de neoplasias	18,2	Restante de neoplasias	25,5
	Leucemia	17,2	Meninge, encéfalo, SNC	20,0	Leucemia	15,2	Meninge, encéfalo, SNC	19,6
	Meninge, encéfalo, SNC	17,2	Leucemia	10,0	Meninge, encéfalo, SNC	15,2	Leucemia	17,6
40 a 59	Restante de neoplasias	17,2	Restante de neoplasias	16,9	Restante de neoplasias	15,3	Lábio, cav oral e faringe	15,0
	Lábio, cav oral e faringe	11,7	Traquéia, brônquios e pulmões	14,4	Lábio, cav oral e faringe	11,9	Traquéia, brônquios e pulmões	14,1
	Esôfago	11,7	Lábio, cav oral e faringe	10,0	Traquéia, brônquios e pulmões	10,8	Restante de neoplasias	13,2
> 60	Próstata	18,4	Próstata	19,3	Próstata	19,2	Próstata	19,8
	Restante de neoplasias	16,4	Traquéia, brônquios e pulmões	16,4	Traquéia, brônquios e pulmões	16,8	Traquéia, brônquios e pulmões	14,2
	Traquéia, brônquios e pulmões	15,2	Restante de neoplasias	16,1	Restante de neoplasias	13,4	Restante de neoplasias	12,4

Fonte: SIM/Datasus

Em Goiânia, nas mulheres, chama atenção os cânceres de mama, pele, colo do útero, o que reforça a necessidade de atuarmos com maior rigor nas medidas preventivas junto a Atenção Básica/Primária para vigilância, prevenção e detecção precoce. Nos homens, chama atenção os cânceres de pulmão, cavidade oral, próstata e inespecíficos, apontando a necessidade de outras avaliações.

**Figura 14 - Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária\* para Goiás e Goiânia.**

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	2.070	65,22	240	79,64	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	1.680	52,09	250	76,07
Colo do Útero	-	-	-	-	600	18,76	70	21,12
Traqueia, Brônquio e Pulmão	470	14,70	60	19,35	330	10,12	40	13,04
Colón e Reto	420	13,32	70	25,06	520	16,27	90	26,96
Estômago	330	10,56	40	14,87	180	5,70	20	6,62
Cavidade Oral	290	9,08	40	14,84	90	2,81	**	2,97
Laringe	150	4,60	20	5,66	40	1,25	**	1,30
Bexiga	190	5,99	30	9,55	90	2,93	20	4,87
Esôfago	210	6,70	20	6,78	70	2,30	**	1,70
Ovário	-	-	-	-	220	6,78	30	8,57
Linfoma de Hodgkin	70	2,18	**	3,07	20	0,56	**	0,91
Linfoma não Hodgkin	140	4,46	20	6,97	160	4,90	20	7,25
Glândula Tíreoide	20	0,64	**	0,33	150	4,60	20	6,64
Sistema Nervoso Central	150	4,84	20	6,07	170	5,18	20	6,33
Leucemias	140	4,52	20	6,59	120	3,59	20	5,06
Corpo do Útero	-	-	-	-	170	5,38	30	9,48
Pele Melanoma	100	3,01	20	5,29	50	1,72	**	2,17
Outras Localizações	1.260	39,63	170	55,53	940	29,23	120	35,31
Subtotal	6.010	189,27	790	264,09	5.600	174,00	800	243,76
Pele não Melanoma	3.140	99,01	410	138,06	3.060	94,95	290	88,17
Todas as Neoplasias	9.150	288,16	1.200	401,15	8.660	269,07	1.090	332,12

\*Números arredondados para múltiplos de 10. / \*\*Número de casos menor que 15.

Fonte: Estimativa incidência de câncer no Brasil – 2016 – INCA/MS

Estimativa feita pelo Instituto Nacional de Câncer ( INCA) corrobora com os dados de mortalidade de Goiânia. Chama atenção mais uma vez para os Cânceres de Próstata, Mama, Colo do Útero, Colon e Reto, Traqueia, Brônquios e Pulmão tanto no homem quanto na mulher.

Destaca-se que o monitoramento da morbimortalidade por câncer necessita ser incorporado na rotina da gestão da saúde de modo a tonar-se instrumento essencial para

o estabelecimento de ações de vigilância, prevenção e controle do câncer e de seus fatores de risco que deve englobar a supervisão e a avaliação de programas, como ações necessárias para o conhecimento da situação e do impacto no perfil de morbimortalidade da população, bem como a manutenção de um sistema de vigilância com informações oportunas e de qualidade que subsidie análises epidemiológicas para as tomadas de decisões.

### **Mortalidade infantil**

A mortalidade infantil é um indicador sensível do desenvolvimento de um país, de uma cidade e uma evidência eloquente de suas prioridades e de seus valores.

Reduzir a mortalidade infantil foi um dos principais Objetivos do Milênio (ODM) e os resultados que o Brasil alcançou refletiu a prioridade dada à esta questão ao longo destes últimos anos, assim como Goiânia. 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 governamentais e não governamentais.

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) 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.

A mortalidade infantil é formada, por definição, pela mortalidade neonatal, que compreende os óbitos de menores de 28 dias e pela mortalidade pós-neonatal, correspondente aos óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida e 364 dias.

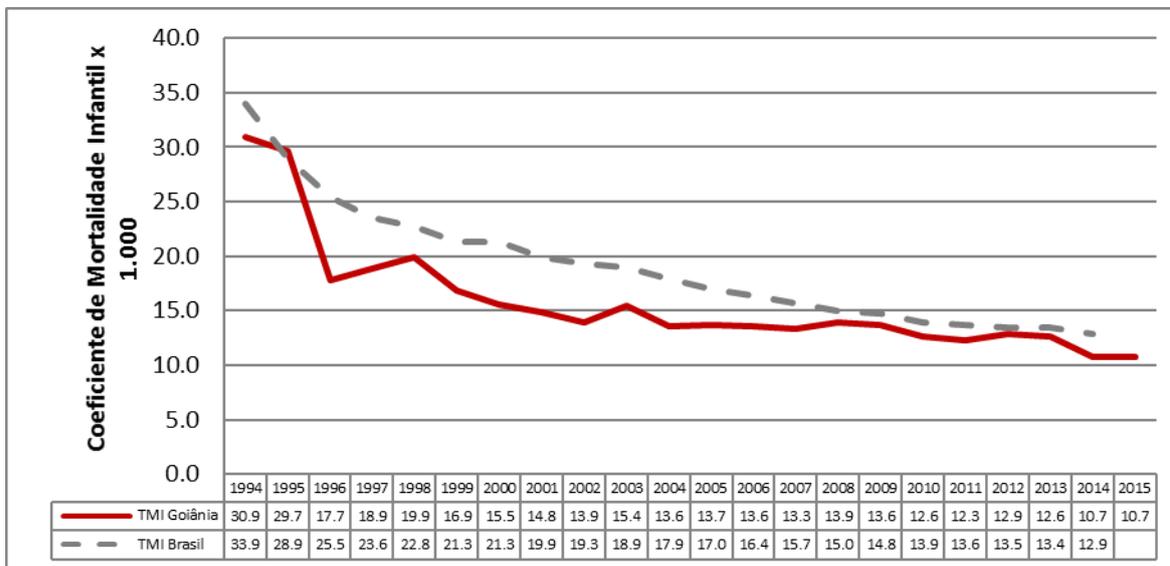
Nos últimos 21 anos observa-se uma tendência de declínio da taxa de mortalidade infantil: 30,9 em 1994 para 10,7/1.000 NV (nascidos vivos) em 2015 – Figura 13. Isso é resultado da ampliação do acesso pelo fortalecimento da Atenção Básica com as Equipes de Saúde da Família e Mais Médicos, com o desenvolvimento de ações voltadas para o planejamento familiar, pré-natal, parto e atenção aos recém-nascidos, especialmente os de alto risco.

Entre as diversas ações desenvolvidas destacam-se: a instituição do Comitê Interno de Redução da Mortalidade Infantil, a criação de referências ambulatoriais para acompanhamento de recém-nascidos de alto risco, garantia do surfactante pulmonar exógeno em todas as UTIs neonatais credenciadas ao SUS dentre outros. Observa-se que, no âmbito da mortalidade infantil, a neonatal corresponde à maior parcela.

A taxa de mortalidade infantil apresenta dois componentes: a **taxa de mortalidade neonatal (precoce e tardia)** e a **taxa de mortalidade pós-neonatal**. Há esta subdivisão, visto que os determinantes de morte no período neonatal são diferentes daqueles do período pós-neonatal. **CMNP - Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce - óbitos de 0 a 6 dias de vida completos.** **CMNT - Coeficiente de Mortalidade Neonatal Tardia - óbitos de 7 a 27 dias de vida completos.** **CMPN - Coeficiente de Mortalidade Pós Neonatal - óbitos de 28 a 364 dias de vida completos.**

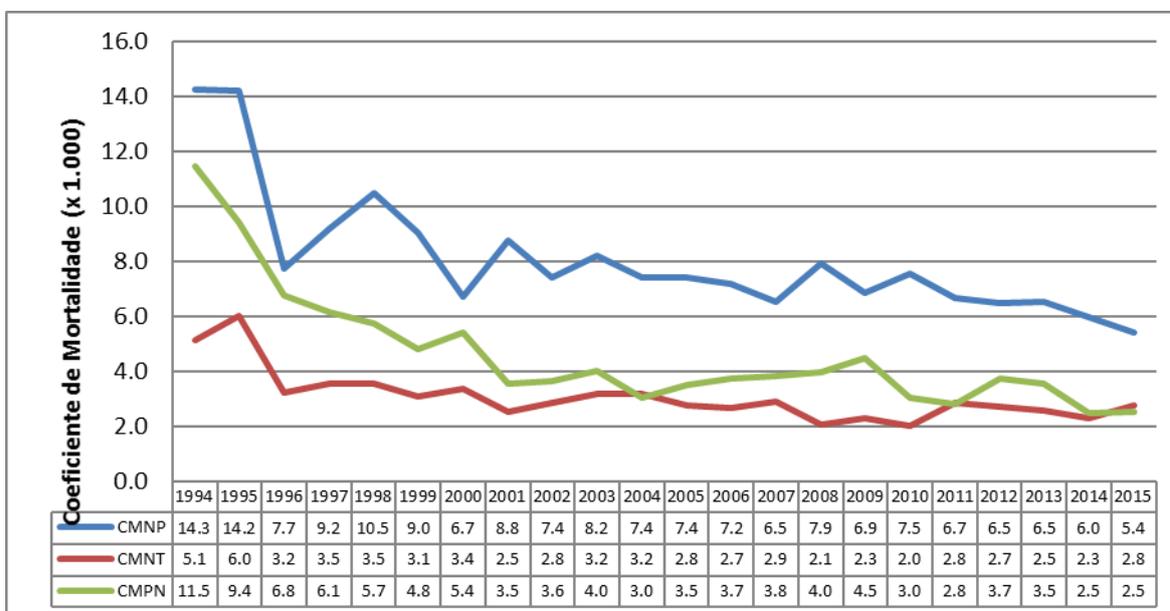
Conforme Figura 16, observa-se que o maior número de óbitos em menores de 1 ano ocorreu no período neonatal precoce, cuja taxa passou de 14,3/1.000 NV em 1994 para 5,4/1.000 NV em 2015. A mortalidade pós-neonatal, também teve sua taxa reduzida, passando de 11,5/1.000 NV em 1994 para 2,5/1.000 NV em 2015.

**Figura 15 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (x1.000), Goiânia, 1994-2015.**



Fonte: SIM/Datasus

**Figura 16 - Coeficiente de Mortalidade Infantil, por componente (x 1.000), Goiânia, 1994-2015.**



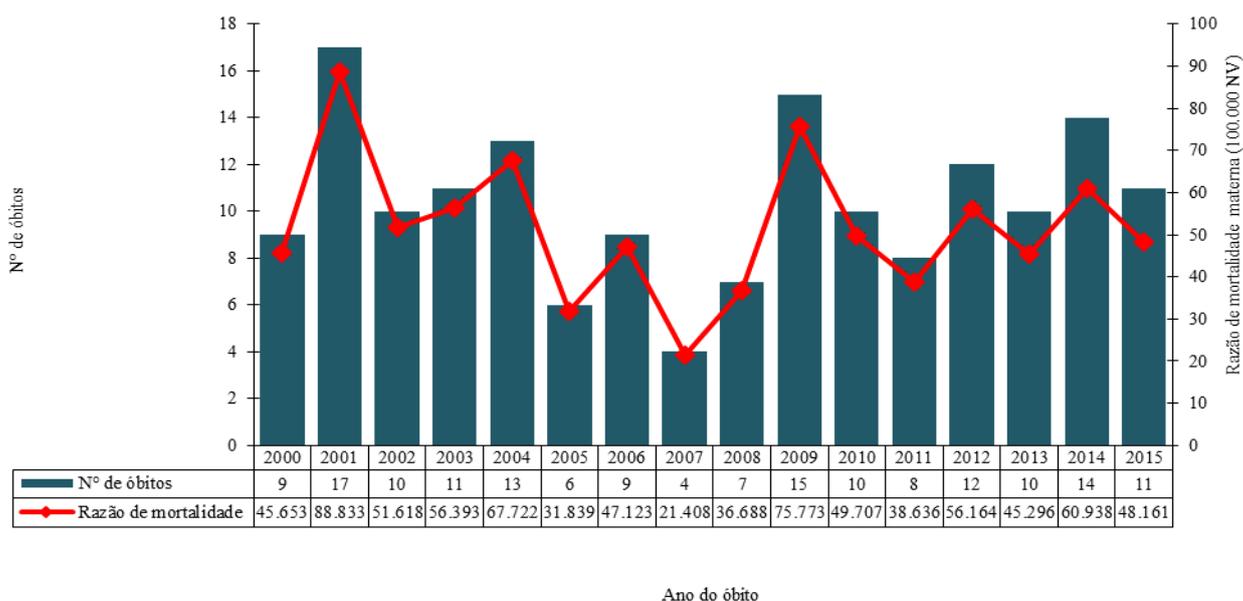
Fonte: SIM/Datasus

## Mortalidade materna

As causas da mortalidade materna são, na maioria das vezes, evitáveis por ações simples como a melhoria de qualidade da assistência pré-natal, do acesso aos serviços e uma atenção mais acurada ao parto.

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 (RMM) 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.

**Figura 17 - Razão de mortalidade materna, Goiânia, 2000-2015.**

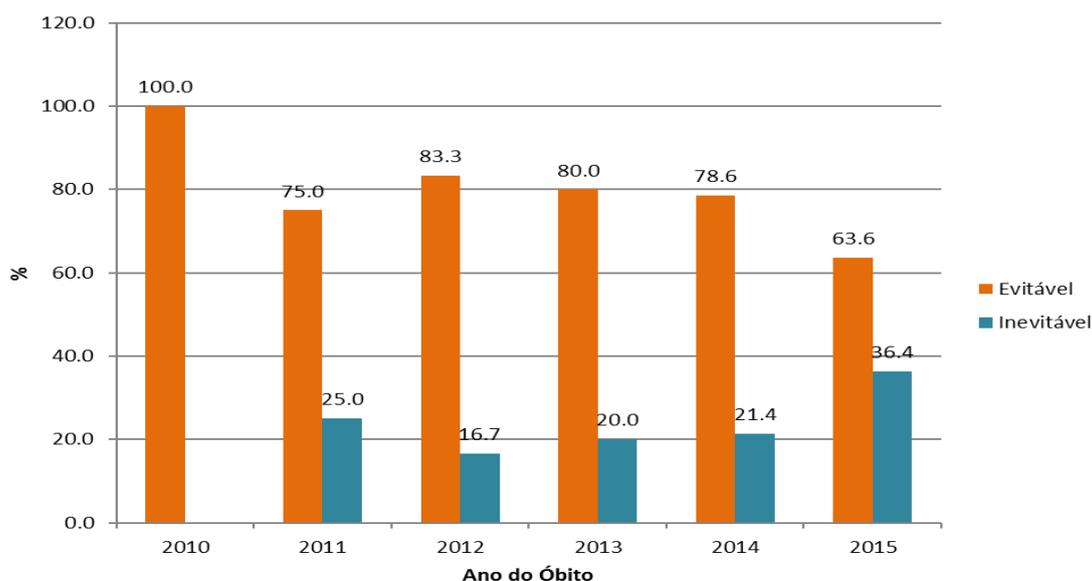


Fonte: SIM/Datasus.

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 45,65 por 100 mil nascidos vivos em 2000 para 48,16 em 2015, mas houve oscilações importantes no período, mostrando a necessidade de se fazer análises mais profundas.

**Figura 18 - Mortalidade materna segundo evitabilidade, Goiânia, 2010-2015.**



Fonte: SIM/Datasus

São aqueles que levando em consideração a ciência e tecnologia existentes atualmente, poderiam ser evitadas ou não deveriam ter ocorrido. Este é um critério dinâmico mutável no tempo.

De modo geral, essa discussão sobre mortes evitáveis tem pontuado a necessidade de melhorias na atenção obstétrica, atuação de profissionais da saúde e em questões sociais. No entanto, observa-se uma escassez de estudos que aprofundam na abordagem dos indicadores potenciais de evitabilidade. A lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde (SUS) inclui as complicações da gravidez, parto e puerpério (O00 a O02; O03 a O26; O29 a O99) como redutíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna.

A manutenção de elevados índices de mortes maternas no país 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.

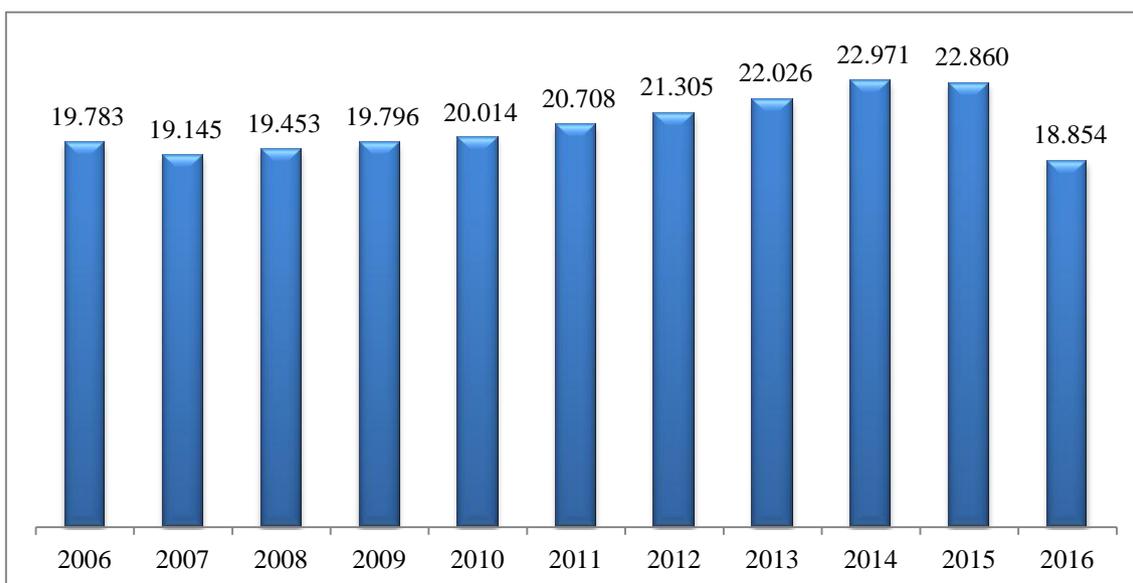
Os critérios de evitabilidade devem levar em conta os fatores da comunidade e da mulher, profissionais, intersetoriais, institucionais e sociais. Além destes, o Ministério da Saúde aponta uma lista de problemas que podem ser identificados no planejamento familiar, assistência pré-natal, ao parto, puerpério e intercorrências que devem ser exaustivamente pesquisados na avaliação crítica da atenção à saúde prestada à mulher.

Goiânia tem reduzido a morte materna por causas evitáveis, mas ainda está com um percentual bem elevado das mortes maternas por estas causas em 2015, conforme figura 16 acima, 63,6%, sinalizando que precisa ser aprofundado estudos a este respeito e implementação das ações de fortalecimento na Atenção Básica.

#### 4.4 - NASCIDOS VIVOS

O número de nascidos vivos de mães residentes em Goiânia teve aumento de 2006 a 2015, e em 2016, mesmo sendo dados preliminares, mostra uma um retorno aos valores percebidos em 2006, conforme figura abaixo.

**Figura 19 - N.º de nascidos vivos de mães residentes em Goiânia, SMS – 2006 a 2016\*.**

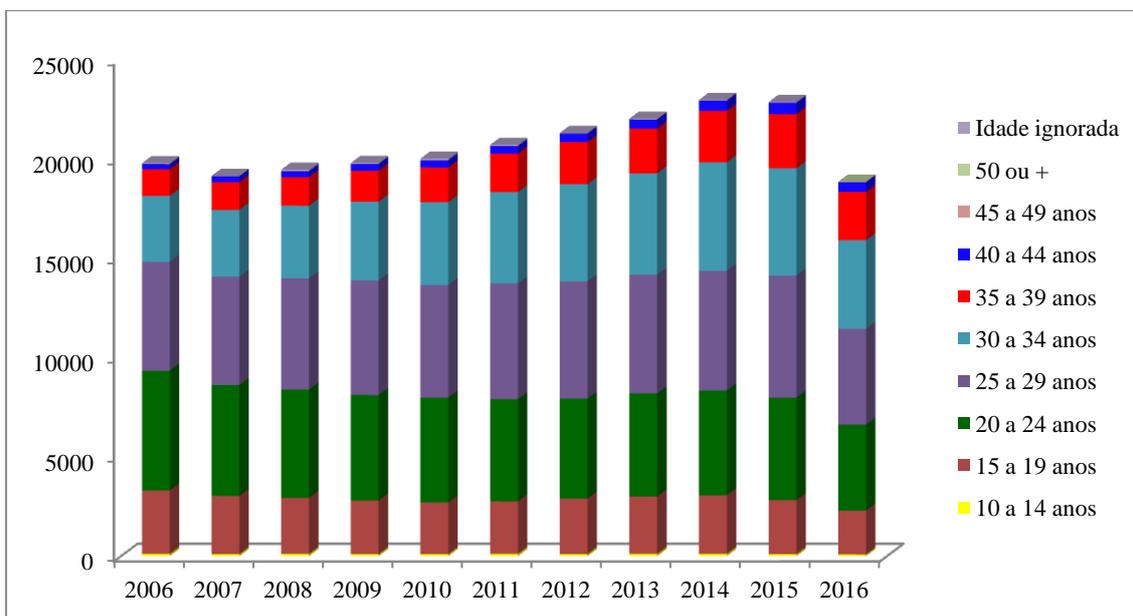


Fonte: SMS/Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).

\*Dados de 2016 são preliminares – sujeitos a alterações

Quanto à idade materna, observa-se discreta redução na frequência de mães na faixa etária entre 15 a 19 anos de 14,9% de 2006 para 2017. Em relação as faixas etárias de 30 a 34, 35 a 39 e 40 a 44 anos, houve 62,6%, 102,6% e 125,8% de aumento, respectivamente de 2006 para 2015 (figura 20).

**Figura 20 - N.º de nascidos vivos de mães residentes em Goiânia, segundo faixa etária da mãe, SMS – 2006 a 2016\*.**



Fonte: SMS/Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).

\*Dados de 2016 são preliminares – sujeitos a alterações.

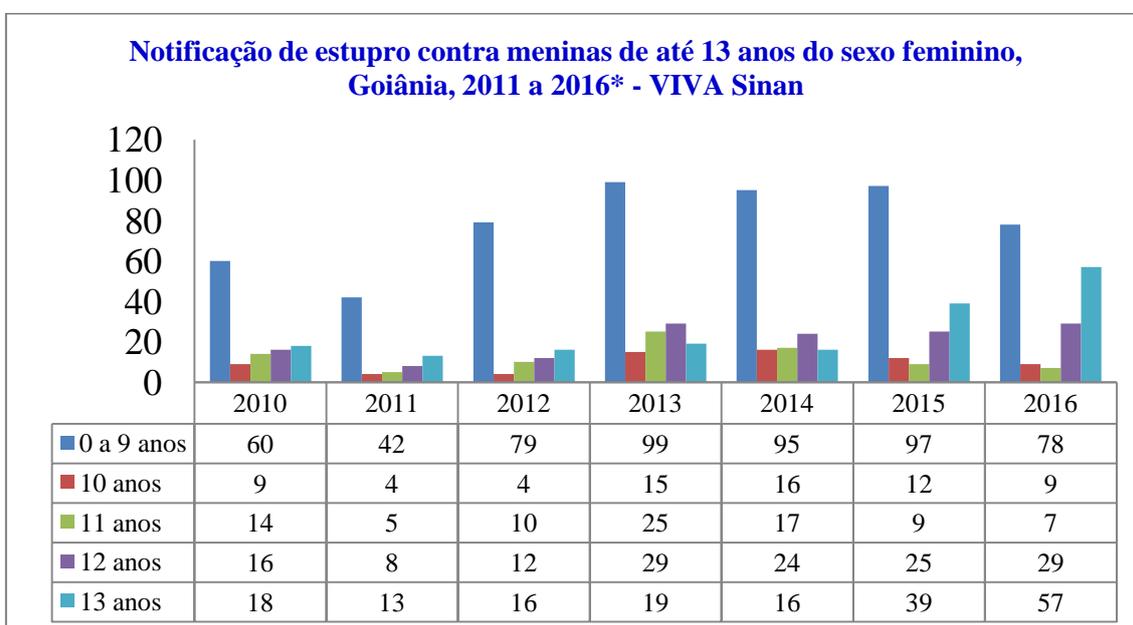
Por outro lado, chama atenção mães com até 13 anos de idade que pode sugerir violência sexual e o número de notificações de estupro de meninas até 13 anos, o que requer atenção para o fortalecimento da Rede de Atenção e Proteção às crianças e Adolescentes Vítimas de Violências e uma fragilidade na Atenção Básica no que se refere a contracepção de emergência e outras intervenções necessárias precocemente (figura 21).

**Figura 21 - Número de nascidos de mães com até 13 anos de idade. Residente Goiânia, 2010 a 2016\*.**



Fonte: SMS/Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).

\*Dados de 2016 são preliminares – sujeitos a alterações.



Fonte: MS/SVS-VIVA/ Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

\*Dados preliminares, sujeitos a alteração.

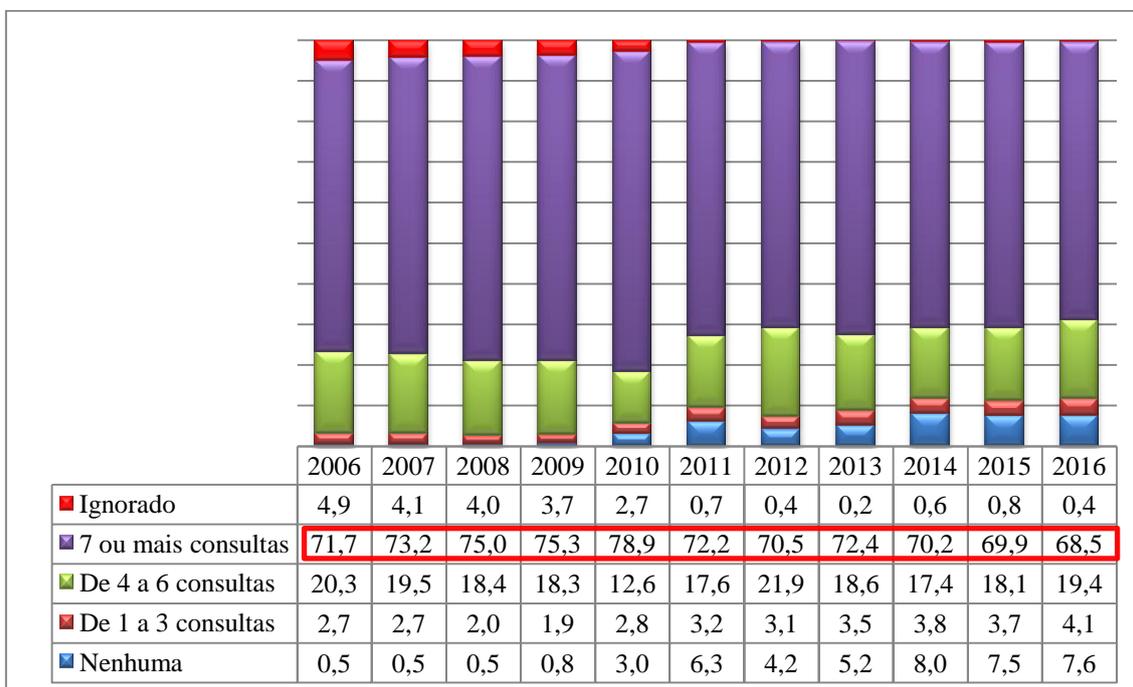
**Tabela 3 - Nascidos vivos segundo sexo, peso ao nascer (excluído ignorado) e local de ocorrência do nascimento, Goiânia, 2005, 2010 e 2015.**

Característica	2005		2010		2015	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	10.037	51,1	10.155	50,7	11.689	51,1
Feminino	9.567	48,8	9.855	49,2	11.142	48,7
Ignorado	17	0,1	04	0,1	29	0,2
<b>Peso ao nascer (gramas)</b>						
≤ 2.499 g	1.590	8,1	1.744	8,7	2.005	8,8
≥ 2.500 g	17.997	91,9	18.270	91,3	20.856	91,2
<b>Local de ocorrência do nascimento</b>						
Hospital	19.599	99,9	19.995	99,9	22.797	99,7
Outros Estabelecimentos de saúde	04	0,02	16	0,09	34	0,15
Domicílio	16	0,07	03	0,01	25	0,12
Outros	02	0,01	00	0,0	10	0,03

Fonte: SINASC

Em relação às características dos recém-nascidos, observou-se maior número de crianças do sexo masculino. A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (peso inferior a 2500 g) variou de 8,1, 8,7 e 8,8, correspondendo a um crescimento de 8,6% entre os anos de 2005 e 2015. Os nascimentos predominaram no ambiente hospitalar (Tabela 3).

**Figura 22 - Proporção de nascidos vivos de mães residentes em Goiânia, segundo número de consultas de pré-natal, SMS – 2006 a 2016\***



Fonte: SMS/Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).

\*Dados de 2016 são preliminares – sujeitos a alterações.

O percentual de mulheres que realizaram entre quatro e seis consultas de pré-natal passou de 20,3% em 2006 para 19,4% em 2016 (dados preliminares), redução de 4,4% e de 7 ou mais consultas reduziu 4,6% de 2006 para 2016 (figura 20). De 01 a 03 consultas aumentou 51,8% no mesmo período. Merece atenção nascidos vivos de mãe que não realizaram nenhuma consulta de pré natal que aumentou 1.420% de 2006 para 2016.

#### 4.5 - MORBIDADE

Produção do Sistema de informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (S I A).

**Quadro 11 - Frequência e valor gasto com internação hospitalar no SUS em Goiânia por Grupo de Procedimento, SMS – Ano 2016.**

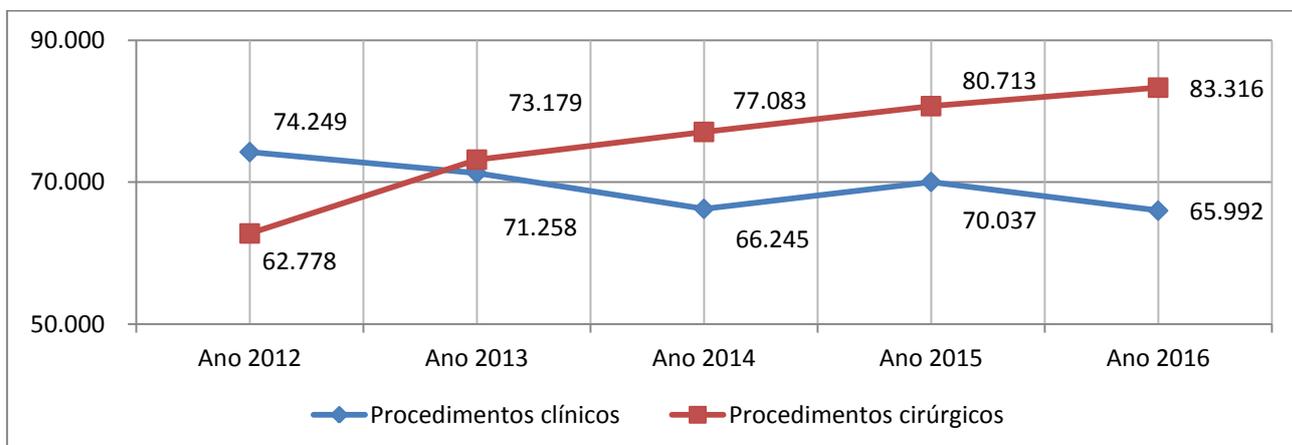
Grupo procedimento	Frequência		Valor Total	
	Quantidade	Proporção (%)	Quantidade	Proporção (%)
Procedimentos cirúrgicos	83.316	55,49	171.777.928,48	67,19
Procedimentos clínicos	65.992	43,95	77.765.334,10	30,42
Transplantes de órgãos, tecidos e células	496	0,33	5.632.845,90	2,20
Procedimentos com finalidade diagnóstica	349	0,23	470.527,97	0,18
<b>Total</b>	<b>150.153</b>	<b>100,00</b>	<b>255.646.636,45</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH)

O município de Goiânia realizou 150.153 internações hospitalares pelo SUS no ano 2016, sendo 55,49% do grupo de procedimento cirúrgico, 43,95% clínico, 0,33% transplantes de órgãos, tecidos e células e 0,23% com finalidade diagnóstica.

Foram faturados R\$ 255.646.636,45, desse total, 67,19% foi com internações cirúrgicas, 30,42% clínicas, 2,20% transplantes de órgãos, tecidos e células e 0,18% procedimentos com finalidade diagnóstica.

**Figura 23 - Frequência de internação hospitalar no SUS, por grupo de procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados na SMS, ano 2012 a 2016.**

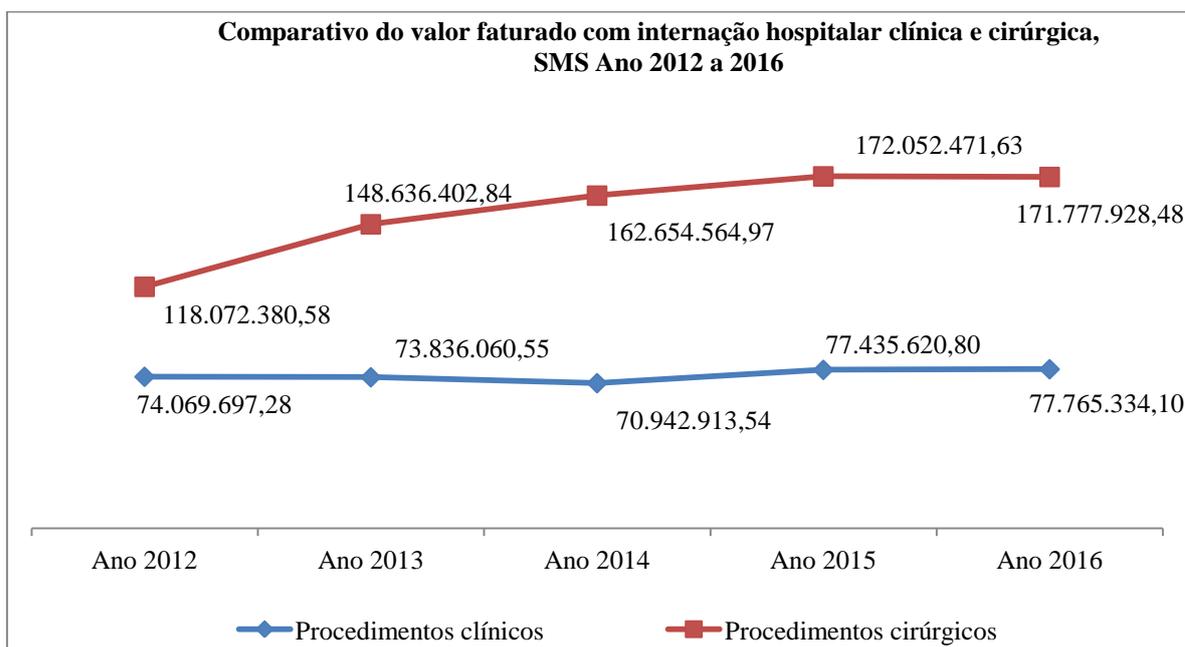


Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH)

Os grupos que apresentaram maior frequência de procedimento nos últimos quatro anos foram os cirúrgicos e clínicos.

Verifica-se aumento gradativo na frequência das internações cirúrgicas, passando de 62.778 no ano 2012 para 83.316 internações no ano 2016. O inverso ocorreu com as internações clínicas que reduziram de 74.249 para 65.992 internações em 2016. Já o valor faturado apresentou aumento para ambos os grupos no decorrer dos anos.

**Figura 23 - Comparativo do valor faturado com internação hospitalar clínicas e cirúrgicas de 2012 a 2016.**



Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH)

Ao analisar as internações considerando o local de residência do usuário (Quadro 12), verifica-se que em 48,31% (72.537) das hospitalizações foram de moradores de outros municípios.

Do valor faturado de R\$ 255,646 milhões, 56,32% (R\$143,991 milhões) foram gastos com internações de outros municípios e 43,68% (R\$ 111,655 milhões) com residentes em Goiânia.

O valor médio da internação foi de R\$ 1.702,57, sendo que para os pacientes de outros municípios esse valor foi de R\$ 1.985,07 e para moradores de Goiânia foi menor (R\$ 1.438,56).

**Quadro 12 - Frequência e valor gasto com internações no SUS em Goiânia, segundo município de residência do usuário, SMS / Ano 2016.**

Procedência	Frequência		Valor		Valor Médio
	N.º	%	R\$	%	
Residentes em Goiânia	77.616	51,69	111.655.407,26	43,68	1.438,56
Outros municípios	72.537	48,31	143.991.229,19	56,32	1.985,07
<b>Total</b>	<b>150.153</b>	<b>100,00</b>	<b>255.646.636,45</b>	<b>100,00</b>	<b>1.702,57</b>

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH)

Considerando as internações por tipo de leito/especialidade (Quadro 13), em 50,29% foram ocupados leitos cirúrgicos, 25,07% clínicos, 12,27% obstétricos, 7,20% pediátricos, 4,21% psiquiatria e 0,96% outros tipos de leitos.

As internações em leito cirúrgico e clínico tiveram maior faturamento, seguido do pediátrico, obstétricos, psiquiátrico e outros.

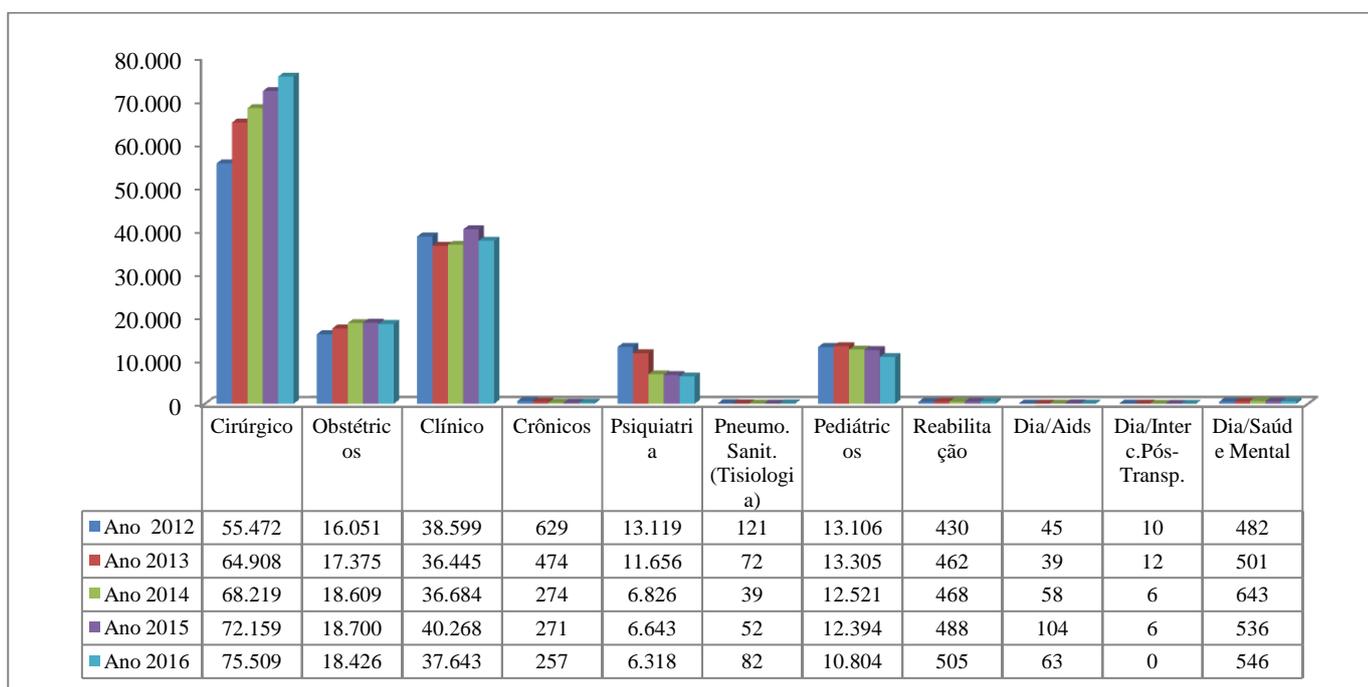
**Quadro 13 - Número Internações Hospitalares pelo SUS por leito/especialidade, SMS - Ano 2016.**

Leito\Especialidade	Frequência	Proporção (%)	Valor Total	Proporção (%)
Cirúrgico	75.509	50,29	168.532.389,86	65,92
Clínico	37.643	25,07	48.587.916,66	19,01
Obstétricos	18.426	12,27	12.549.204,41	4,91
Pediátricos	10.804	7,20	18.883.972,19	7,39
Psiquiatria	6.318	4,21	5.142.974,64	2,01
Leito Dia / Saúde Mental	546	0,36	305.440,92	0,12
Reabilitação	505	0,34	850.831,16	0,33
Crônicos	257	0,17	641.603,29	0,25
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	82	0,05	128.994,49	0,05
Leito Dia / Aids	63	0,04	23.308,83	0,01
<b>Total</b>	<b>150.153</b>	<b>100,00</b>	<b>255.646.636,45</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH)

Ao analisar as internações por leito nos anos de 2012 a 2016, observa-se que houve aumento nas internações em leito cirúrgico e obstétrico, sendo que o obstétrico apresentou ligeira redução em 2016, redução dos leitos clínicos até 2014, com aumento em 2015, voltando a reduzir em 2016, redução dos leitos de psiquiatria, crônicos, pediátricos e pneumologia sanitária e aumento dos leitos de reabilitação e AIDS, sendo que o leito/dia AIDS reduziu em 2016.

**Figura 24 - Número Internações pelo SUS por leito/especialidade, SMS, de 2012 a 2016.**



Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH)

As cinco principais causas de internação de usuários do SUS, no município de Goiânia, segundo capítulo do CID 10 foram por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (18,20%), gravidez, parto e puerpério (13,39%), doenças do aparelho circulatório (10,68%), doenças do aparelho digestivo (10,44%) e neoplasias (8,63%). As demais causas representaram 38,64% das internações.

Em relação ao faturamento destacam-se as doenças do aparelho circulatório, terceira causa de internação, porém apresentou maior faturamento, 22,03%. Em seguida aparecem as lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas,

principal motivo de internação e segunda em faturamento. As neoplasias foram sexta causa de internação apresentando o terceiro maior gasto.

**Quadro 14 - Frequência e valor gasto com internação no SUS em Goiânia, segundo capítulo do CID 10, SMS / Ano 2016.**

Diagnóstico CID10 (capítulo)	Frequência		Valor Total	
	Quantidade	Proporção (%)	Quantidade	Proporção (%)
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	27.328	18,20	37.110.081,22	14,52
XV. Gravidez parto e puerpério	20.111	13,39	13.100.636,15	5,12
IX. Doenças do aparelho circulatório	16.034	10,68	56.325.500,22	22,03
XI. Doenças do aparelho digestivo	15.675	10,44	18.415.463,96	7,20
II. Neoplasias (tumores)	12.958	8,63	33.982.348,01	13,29
X. Doenças do aparelho respiratório	11.118	7,40	17.174.819,51	6,72
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	9.240	6,15	14.091.399,44	5,51
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7.364	4,90	11.793.672,48	4,61
V. Transtornos mentais e comportamentais	6.972	4,64	5.530.344,87	2,16
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4.866	3,24	11.753.419,07	4,60
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4.233	2,82	12.642.043,35	4,95
VI. Doenças do sistema nervoso	2.648	1,76	4.363.290,72	1,71
VII. Doenças do olho e anexos	2.110	1,41	4.068.825,41	1,59
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.966	1,31	1.326.914,45	0,52
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1.771	1,18	2.850.263,32	1,11
XXI. Contatos com serviços de saúde	1.594	1,06	1.549.868,76	0,61
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.505	1,00	1.108.569,10	0,43
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1.502	1,00	6.340.640,95	2,48
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	897	0,60	792.389,92	0,31
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	261	0,17	1.326.145,54	0,52
<b>Total</b>	<b>150.153</b>	<b>100,00</b>	<b>255.646.636,45</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH).

As cinco principais causas de internações de residentes em Goiânia são praticamente os mesmo das internações no SUS, exceto as doenças do aparelho respiratório que passa a ser a quinta causa e neoplasia a sexta.

**Quadro 15 - Frequência e valor gasto com internação de residentes em Goiânia no município, pelo SUS, segundo capítulo o CID 10, SMS / Ano 2016.**

Diagnóstico CID10 (capítulo)	Frequência		Valor Total	
	Quantidade	Proporção (%)	Quantidade	Proporção (%)
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	12.017	15,48	15.378.899,28	13,77
XV. Gravidez parto e puerpério	12.009	15,47	7.460.447,69	6,68
IX. Doenças do aparelho circulatório	8.022	10,34	21.151.559,06	18,94
XI. Doenças do aparelho digestivo	7.933	10,22	8.859.190,51	7,93
X. Doenças do aparelho respiratório	6.864	8,84	9.705.901,98	8,69
II. Neoplasias (tumores)	5.752	7,41	14.046.788,01	12,58
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	5.456	7,03	7.099.366,27	6,36
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.265	5,50	6.036.414,86	5,41
V. Transtornos mentais e comportamentais	3.638	4,69	2.751.153,83	2,46
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2.226	2,87	4.672.416,76	4,18
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1.820	2,34	4.305.449,42	3,86
VI. Doenças do sistema nervoso	1.390	1,79	2.125.104,04	1,90
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.166	1,50	746.396,95	0,67
XXI. Contatos com serviços de saúde	999	1,29	658.722,26	0,59
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	969	1,25	651.631,99	0,58
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	961	1,24	1.521.074,52	1,36
VII. Doenças do olho e anexos	904	1,16	1.842.019,29	1,65
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	594	0,77	1.693.478,96	1,52
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	477	0,61	330.129,82	0,30
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	154	0,20	619.261,76	0,55
<b>Total</b>	<b>77.616</b>	<b>100,00</b>	<b>111.655.407,26</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH).

As internações ocorreram em 43 hospitais conveniados ao SUS. O Hospital que apresentou maior frequência de internação foi o HUGO e o maior faturamento foi a Santa Casa de Misericórdia.

Apresentaram número de internação superior a 3.000/ano 16 estabelecimentos de saúde. O faturamento foi maior que R\$ 5 milhões/ano em 18 estabelecimentos, conforme os gráficos abaixo.

**Quadro 16 - Frequência e valor gasto com internação em Goiânia, no SUS, por estabelecimento, SMS /Ano 2016.**

	Hospital GO (CNES)	Frequência		Valor Total	
		Quantidade	Proporção (%)	Quantidade (R\$)	Proporção (%)
1	Hospital de Urgências de Goiânia Hugo	12.504	8,33	24.086.451,15	9,42
2	Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	11.985	7,98	32.965.933,33	12,90
3	Hospital de Câncer	10.297	6,86	30.013.506,49	11,74
4	Hospital das Clinicas	9.833	6,55	16.017.783,20	6,27
5	Hospital Materno Infantil	9.642	6,42	10.684.396,02	4,18
6	Hospital de Urgências Gov Otavio Lage de Siqueira HUGOL	8.764	5,84	8.570.881,98	3,35
7	Hospital d Maternidade Dona Iris	8.377	5,58	6.552.193,45	2,56
8	Hospital Santa Lucia	8.144	5,42	6.987.516,15	2,73
9	Gastro Salustiano Hospital	7.240	4,82	8.208.009,53	3,21
10	Hospital Geral De Goiânia Dr Alberto Rassi	6.440	4,29	9.935.670,98	3,89
11	Centro de Reabilitação e Readap. Dr Henrique Santillo Crer	6.119	4,08	13.284.813,30	5,20
12	Maternidade e Hospital Sao Judas Tadeu	5.700	3,80	5.771.737,24	2,26
13	Hospital e Maternidade Santa Barbara	4.646	3,09	5.290.148,79	2,07
14	Hospital Cidade Jardim	4.501	3,00	2.465.537,74	0,96
15	Casa de Eurípedes	3.572	2,38	2.665.744,62	1,04
16	Maternidade Nascer Cidadão	3.422	2,28	2.042.981,58	0,80
17	Maternidade Nossa Senhora de Lourdes	2.919	1,94	1.637.170,72	0,64
18	Hospital De Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad	2.797	1,86	5.523.894,31	2,16
19	Hospital Monte Sinai	2.465	1,64	9.566.282,77	3,74
20	Hospital São Domingos	2.391	1,59	1.555.783,68	0,61
21	Instituto Espírita Batuira De Saúde Mental	2.078	1,38	2.086.105,94	0,82
22	Hospital Coração de Jesus	1.925	1,28	2.659.038,00	1,04
23	Fundação Banco de Olhos de Goias	1.849	1,23	3.488.811,67	1,36
24	Pronto Socorro para Queimaduras Ltda	1.175	0,78	2.645.516,94	1,03

	Hospital GO (CNES)	Frequência		Valor Total	
		Quantidade	Proporção (%)	Quantidade (R\$)	Proporção (%)
25	CLIAME	1.014	0,68	2.447.136,62	0,96
26	Hospital Goiânia Leste	984	0,66	1.167.104,11	0,46
27	Pronto Socorro Psiq.Professor Wassily Chuc	958	0,64	252.681,00	0,10
28	Hospital Lucio Rebelo	864	0,58	6.100.447,23	2,39
29	Hospital da Criança	855	0,57	6.822.318,25	2,67
30	Hospital Santa Genoveva	760	0,51	7.247.887,38	2,84
31	Hospital Ortopédico de Goiânia Geraldo Pedra	710	0,47	3.581.976,10	1,40
32	Hospital Santa Rosa	598	0,40	1.018.742,23	0,40
33	Hospital Maria Auxiliadora	585	0,39	294.990,65	0,12
34	Hospital Santa Catarina	575	0,38	478.478,69	0,19
35	Hospital Jacob Facuri	568	0,38	3.687.800,08	1,44
36	Igope	565	0,38	239.923,76	0,09
37	Hospital e Maternidade Dom Bosco	518	0,34	204.796,20	0,08
38	Hospital São Francisco	463	0,31	3.607.526,86	1,41
39	Hospital Infantil de Campinas	422	0,28	1.920.970,60	0,75
40	Urocenter	411	0,27	980.445,42	0,38
41	Asmigo	256	0,17	443.884,00	0,17
42	Hospital Neurológico	165	0,11	416.883,82	0,16
43	Hospital Urológico Puigeverte	97	0,06	26.733,87	0,01
	<b>Total</b>	<b>150.153</b>	<b>100,00</b>	<b>255.646.636,45</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH).

Ocorreram 150.153 internações em Goiânia, desse quantitativo, 8,36% (12.556) necessitaram de leitos de UTI. Dos pacientes que ocuparam esses leitos, 5.410 (43,09%) residiam em Goiânia e 56,91% (7.146) vieram de outros municípios.

Foram faturados R\$ 92,6 milhões com diárias de UTI, o custo médio da internação foi R\$ 7.374,96, esse valor subiu para R\$ 7.698,39 para os pacientes de outros municípios e reduziu para 6.947,76 para moradores de Goiânia.

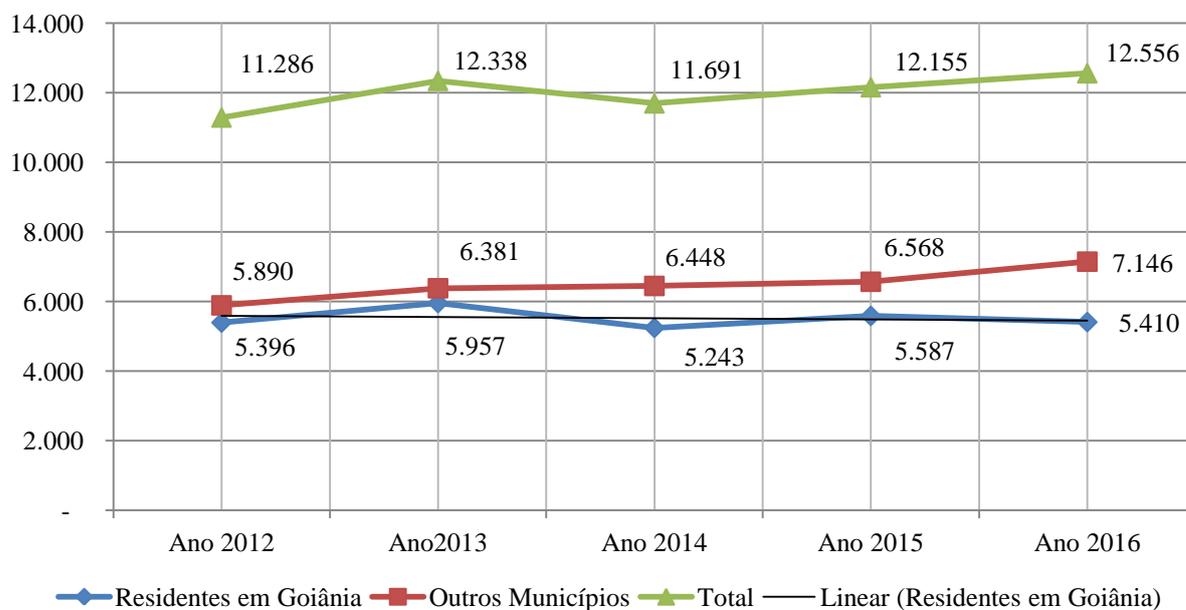
**Quadro 17 - Número de Internações em UTI, pelo SUS segundo procedência do paciente, SMS /Ano 2016.**

Procedência	Total Geral de internações no SUS	% Internações em UTI em relação ao total geral de internações	Frequência internações em UTI		Valor Internações em UTI		Valor Médio (R\$)
			N.º	%	R\$	%	
Residentes em Goiânia	77.616	6,97%	5.410	43,09	37.587.358,71	40,59	6.947,76
Outros municípios	72.537	9,85%	7.146	56,91	55.012.670,94	59,41	7.698,39
<b>Total</b>	<b>150.153</b>	<b>8,36%</b>	<b>12.556</b>	<b>100,00</b>	<b>92.600.029,65</b>	<b>100,00</b>	<b>7.374,96</b>

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH)

Comparando as internações em UTI nos últimos cinco anos, verifica-se aumento na frequência, passando de 11.286 no ano 2012 para 12.556 em 2016. Com relação à procedência do usuário, as internações ocorreram com maior frequência para os pacientes vindos de outros municípios, passando de 5.890 no ano 2012 para 7.146 em 2016. Em relação aos residentes em Goiânia, observa-se pequena variação no decorrer dos anos.

**Figura 25 - Comparativo da frequência de internações em UTI, segundo procedência do paciente, de 2012 a 2016.**



Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH)

A faixa etária menor de 1 ano e a partir de 80 anos foram as que apresentaram maior número de internações em UTI no ano 2016, 15% e 11% respectivamente.

Comparando as internações ocorridas no ano 2012 até o ano 2016, destaca-se a elevação na faixa etária a partir de 80 anos, maior variação no período, passando de 8% para 11%.

**Quadro 18 - Comparativo do número internações em UTI pelo SUS, por faixa etária, SMS – de 2012 a 2016.**

Faixa etária (18)	Ano 2012		Ano 2013		Ano 2014		Ano 2015		Ano 2016	
	N.º	%								
<1a	1.816	16	2.100	17	1.782	15	1.888	16	1.886	15
1-4a	342	3	304	2	291	2	311	3	279	2
5-9a	171	2	180	1	188	2	138	1	130	
10-14a	158	1	147	1	175	1	175	1	162	1
15-19a	299	3	325	3	316	3	304	3	297	2
20-24a	378	3	418	3	337	3	379	3	364	3
25-29a	378	3	377	3	359	3	359	3	375	3
30-34a	434	4	474	4	436	4	410	3	374	3
35-39a	470	4	436	4	409	3	429	4	497	4
40-44a	455	4	523	4	444	4	463	4	498	4
45-49a	578	5	659	5	623	5	565	5	590	5
50-54a	733	6	754	6	789	7	738	6	800	6
55-59a	833	7	917	7	875	7	917	8	998	8
60-64a	922	8	964	8	1.014	9	1.013	8	1.013	8
65-69a	895	8	988	8	992	8	1.040	9	1.077	9
70-74a	829	7	950	8	927	8	1.001	8	1.028	8
75-79a	689	6	782	6	731	6	822	7	868	7
80e+a	906	8	1.040	8	1.003	9	1.203	10	1.320	11
Total	11.286	100	12.338	100	11.691	100	12.155	100	12.556	100

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH)

As internações em UTI de residentes em Goiânia foram mais frequentes em crianças menores de 1 ano e na faixa etária a partir de 80 anos.

**Quadro 19 - Comparativo do número internações de residentes em Goiânia, em UTI pelo SUS, por faixa etária, SMS - de 2012 a 2016.**

Faixa etária	2012		2013		2014		2015		2016	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<1a	742	14	849	14	701	13,37	715	13	632	12
1-4a	143	3	123	2	97	1,85	110	2	103	2
5-9a	56	1	71	1	45	0,86	58	1	49	1
10-14a	62	1	51	1	62	1,18	56	1	59	1
15-19a	124	2	142	2	113	2,16	112	2	132	2
20-24a	153	3	185	3	141	2,69	172	3	118	2
25-29a	167	3	185	3	173	3,30	161	3	172	3
30-34a	192	4	207	3	215	4,10	187	3	174	3
35-39a	205	4	212	4	153	2,92	196	4	197	4
40-44a	219	4	248	4	204	3,89	213	4	173	3
45-49a	269	5	281	5	279	5,32	257	5	241	4
50-54a	338	6	366	6	350	6,68	352	6	363	7
55-59a	440	8	479	8	398	7,59	435	8	480	9
60-64a	480	9	494	8	510	9,73	472	8	457	8
65-69a	428	8	486	8	451	8,60	489	9	472	9
70-74a	433	8	506	8	408	7,78	493	9	475	9
75-79a	370	7	439	7	377	7,19	445	8	409	8
80e+a	575	11	633	11	566	10,80	664	12	704	13
<b>Total</b>	<b>5.396</b>	<b>100</b>	<b>5.957</b>	<b>100</b>	<b>5.243</b>	<b>100,00</b>	<b>5.587</b>	<b>100</b>	<b>5.410</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH).

#### 4.6 - PRODUÇÃO AMBULATORIAL

A produção ambulatorial realizada no município e informado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) totalizaram 17.019 milhões de procedimentos. Os grupos com Finalidade Diagnóstica (53,69%) e Clínicos (40,61%) apresentaram maior quantidade de procedimentos.

O valor apresentado foi de R\$ 270,707 milhões, desse total, 47,04% foi de faturamento com procedimentos clínicos, 42,27% finalidade diagnóstica, 5,71% cirúrgicos e 5% outros grupos de procedimentos.

**Quadro 20 - Frequência e valor aprovado de procedimentos ambulatoriais, por Grupo, realizados pelo SUS em Goiânia, SMS / Ano 2016.**

<b>Grupo procedimento</b>	<b>Quantidade Apresentada</b>	<b>%</b>	<b>Valor Apresentado (R\$)</b>	<b>%</b>
Procedimentos com finalidade diagnóstica	9.137.369	53,69	114.418.701,12	42,27
Procedimentos clínicos	6.911.917	40,61	127.330.540,29	47,04
Ações de promoção e prevenção em saúde	600.509	3,53	103.265,46	0,04
Procedimentos cirúrgicos	223.902	1,32	15.448.124,01	5,71
Órteses, próteses e materiais especiais	107.526	0,63	9.631.639,46	3,56
Transplantes de órgãos, tecidos e células	29.314	0,17	3.376.386,96	1,25
08 Ações complementares da atenção à saúde	9.121	0,05	398.907,30	0,15
<b>Total</b>	<b>17.019.658</b>	<b>100,00</b>	<b>270.707.564,60</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (S I A).

Considerando a complexidade do procedimento, Atenção Básica, 2.154.777 procedimentos foram realizados, sendo 74% clínicos, 19% ações de promoção e prevenção em saúde e 7,26% os demais grupos de procedimentos.

**Quadro 21 - Frequência de procedimentos ambulatoriais, por Grupo de Procedimentos e Complexidade – Atenção Básica, realizados pelo SUS em Goiânia, SMS / Terceiro Quadrimestre/Ano 2016.**

<b>Grupo procedimento</b>	<b>Quantidade Apresentada</b>	<b>Proporção (%)</b>
Procedimentos clínicos	1.584.614	74
Ações de promoção e prevenção em saúde	412.810	19
Procedimentos com finalidade diagnóstica	91.702	4
Procedimentos cirúrgicos	60.006	3
Ações complementares da atenção à saúde	5.645	0,26
<b>Total</b>	<b>2.154.777</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (S I A).

Foram realizados 152.722 procedimentos de vigilância em saúde, desses, 97,84% foram ações de promoção e prevenção em saúde e 2,16% foram procedimentos com finalidade diagnóstica.

**Quadro 22 - Frequência de procedimentos ambulatoriais, segundo forma de financiamento vigilância em saúde, realizados pelo SUS em Goiânia, SMS / Ano 2016.**

<b>Grupo procedimento</b>	<b>Quantidade Apresentada</b>	<b>%</b>
Ações de promoção e prevenção em saúde	149.429	97,84
Procedimentos com finalidade diagnóstica	3.293	2,16
<b>Total</b>	<b>152.722</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (S I A).

Os procedimentos ambulatoriais com caráter de atendimento de urgência que apresentaram maior frequência foram os com finalidade diagnóstica (44,75%) sendo os de maior valor os procedimentos clínicos (49,64%). No atendimento hospitalar os procedimentos clínicos foram os mais frequentes (55,31%) e o maior valor foi do grupo cirúrgico (54,13%).

**Quadro 23 - Frequência e valor de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, por grupo de procedimentos e caráter de atendimento - Urgência, realizados pelo SUS em Goiânia, SMS/Ano 2016.**

Grupo procedimento	Sistema de Informação Ambulatorial (S I A)				Sistema de Informação Hospitalar (S IH)			
	Quantidade Apresentada	%	Valor Apresentado (R\$)	%	Frequência	%	Valor Total (R\$)	%
Procedimentos c/final. diagnóstica	97.782	44,75	1.780.352,25	13,77	299	0,25	447.712,67	0,25
Procedimentos clínicos	70.809	32,41	6.416.563,48	49,64	65.805	55,31	77.516.723,04	42,60
Procedimentos cirúrgicos	40.024	18,32	2.926.233,20	22,64	52.375	44,02	98.506.302,87	54,13
Transplantes de órgãos, tec. e células	8.852	4,05	1.662.704,78	12,86	489	0,41	5.495.071,77	3,02
Órteses, próteses e mat. especiais	1.001	0,46	139.926,34	1,08	0	0	0	0
Ações de promoção e prev. em saúde	32	0,0	96,00	0,00	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>218.500</b>	<b>100,00</b>	<b>12.925.876,05</b>	<b>100,00</b>	<b>118.968</b>	<b>100,00%</b>	<b>181.965.810,35</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (S I A) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

No atendimento ambulatorial foram realizados 14.864.881 procedimentos de média e alta complexidade e 150.153 no atendimento hospitalar.

Os grupos que apresentaram maior quantidade de procedimentos no ambulatório foram os com Finalidade Diagnóstica, Clínicos e Ações de promoção e prevenção em saúde. No atendimento hospitalar foram os cirúrgicos e clínicos.

Em relação ao faturamento, os grupos que apresentaram maiores valores faturados no Ambulatório foram os Clínicos, com Finalidade Diagnóstica e os Cirúrgicos. No Atendimento Hospitalar foram os Procedimentos Cirúrgicos e os Clínicos.

**Quadro 24 - Frequência e valor de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, segundo procedimentos de média e alta complexidade, realizados pelo SUS em Goiânia, SMS, Ano 2016.**

Grupo procedimento	Sistema de Informação Ambulatorial (S I A)		Sistema de Informação Hospitalar (S I H)	
	Quantidade Apresentada	Valor Apresentado (R\$)	Quantidade Apresentada	Valor Apresentado (R\$)
Procedimentos com finalidade diagnóstica	9.045.667	114.418.701,12	349	470.527,97
Procedimentos clínicos	5.327.303	127.330.540,29	65.992	77.765.334,10
Ações de promoção e prevenção em saúde	187.699	103.265,46	0	0
Procedimentos cirúrgicos	163.896	15.448.124,01	83.316	171.777.928,48
Órteses, próteses e materiais especiais	107.526	9.631.639,46	0	0
Transplantes de órgãos, tecidos e células	29.314	3.376.386,96	496	5.632.845,90
Ações complementares da atenção à saúde	3.476	398.907,30	0	0
<b>Total</b>	<b>14.864.881</b>	<b>270.707.564,60</b>	<b>150.153</b>	<b>255.646.636,45</b>

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (S I A) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

Foram realizados 55.641 procedimentos de atendimento/acompanhamento psicossocial no ambulatório e 6.864 de tratamento dos transtornos mentais e comportamentais nos hospitais.

**Quadro 25 - Frequência e valor de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, por forma de organização psicossocial, realizados pelo SUS em Goiânia, SMS / Ano 2016.**

Forma Organização	Sistema de Informação Ambulatorial (S I A)		Sistema de Informação Hospitalar (SIH)	
	Quantidade Apresentada	Valor Apresentado	Frequência	Valor Total
Atendimento/Acompanhamento psicossocial	55.641	247.753	-	-
Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	-	-	6.864	5.448.415,56
<b>Total</b>	<b>55.641</b>	<b>247.753</b>	<b>6.864</b>	<b>5.448.415,56</b>

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (S I A) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

Foram realizados 3.137.191 atendimentos médicos pelo SUS, sendo 1.186.646 (37,83%) na atenção especializada, 1.146.827 (36,56%) atendimentos de urgência, e 803.718 (25,62%) na atenção básica.

Desse total, 2.005.026 foi realizado nas Unidades próprias da SMS, o que representa 63,91% do total de atendimentos médicos no SUS. Dos atendimentos realizados na esfera municipal, 47,94% foram na urgência, 39,48% na atenção básica e apenas 12,58% na atenção especializada.

Proporcionalmente, 98,48% das consultas na atenção básica foram realizadas pela SMS, assim como 83,82% dos atendimentos de urgência e 21,26% das consultas especializadas.

**Quadro 26 - Atendimentos Médicos Realizados pelo SUS x Esfera Municipal (SMS), Ano 2016.**

Tipo de consulta médica	Realizada pelo SUS		Realizada na esfera municipal		Proporção de atendimento médico realizado na SMS em relação ao SUS
	N.º	%	N.º	%	
Atenção básica	803.718	25,62	791.541	39,48	98,48
Atenção Especializada	1.186.646	37,83	252.226	12,58	21,26
Urgência	1.146.827	36,56	961.259	47,94	83,82
<b>Total</b>	<b>3.137.191</b>	<b>100,00</b>	<b>2.005.026</b>	<b>100,00</b>	<b>63,91</b>

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (S I A).

A rede própria da Secretaria Municipal de Saúde realizou 2.005.026 atendimentos médicos no ano 2016. Na distribuição por Distrito Sanitário, observa-se maior quantitativo de atendimentos no Distrito Campinas/Centro, 22,01%, seguido pelo Noroeste (20,71%), Leste (16,31%), Sul (12,46%), Sudoeste (11,68%), Oeste (9,27%) e Norte (7,56%).

Considerando o tipo de consulta, a maior proporção de atendimentos na atenção básica foi realizada pelo DS Noroeste (18,72%) e a menor no DS Sul (7,51%).

Na atenção especializada o DS Campinas /Centro e o Sul realizaram 33,28% e 32,22% respectivamente. E na urgência as maiores proporções foram dos DS Campinas/Centro (25,97%) e Noroeste (25,90%).

**Quadro 27 - Atendimento médico realizado na SMS, por Distrito Sanitário, SMS/Ano 2016.**

DISTRITO SANITÁRIO	ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO ESPECIALIZADA		URGÊNCIA		TOTAL	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	
Campinas/Centro	107.851	13,63	83.933	33,28	249.609	25,97	441.393	22,01
Leste	123.463	15,60	36.044	14,29	167.459	17,42	326.966	16,31
Noroeste	148.213	18,72	18.139	7,19	248.932	25,90	415.284	20,71
Norte	107.260	13,55	4.333	1,72	39.944	4,16	151.537	7,56
Oeste	112.137	14,17	10.377	4,11	63.365	6,59	185.879	9,27
Sudoeste	133.153	16,82	18.125	7,19	82.936	8,63	234.214	11,68
Sul	59.464	7,51	81.275	32,22	109.014	11,34	249.753	12,46
<b>Total</b>	<b>791.541</b>	<b>100,00</b>	<b>252.226</b>	<b>100,00</b>	<b>961.259</b>	<b>100,00</b>	<b>2.005.026</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (S I A).

Na odontologia, considerando a forma de organização, foram realizados 77.223 procedimentos, desses 35.341 foram de dentística, 9.287 endodontias, 32.584 periodontia e 11 bucomaxilofacial. As unidades do Distrito Sanitário Sudoeste registraram maior quantidade (16.379 procedimentos).

**Quadro 28 - Número de procedimentos odontológicos por forma de organização dentística, endodontia e periodontia, por Distrito Sanitário e Unidade de Saúde, SMS/Ano 2016.**

DISTRITO SANITÁRIO	Dentística	Endodontia	Periodontia Clínica	Buco Maxillo Facial	Total
Campinas/Centro	3.566	1.499	3.603	6	8.674
Leste	6.784	2.150	7.002	-	15.936
Noroeste	5.159	1.559	5.295	-	12.013
Norte	4.153	1.328	4.033	-	9.514
Oeste	4.657	486	2.128	-	7.271
Sudoeste	6.540	1.974	7.860	5	16.379
Sul	4.482	291	2.663	-	7.436
<b>Total Geral</b>	<b>35.341</b>	<b>9.287</b>	<b>32.584</b>	<b>11</b>	<b>77.223</b>

Fonte: S I A / Forma Organização código: 030701 Dentística / 030702 Endodontia / 030703 Periodontia clínica

Os Agentes Comunitários de Saúde realizaram 384.018 visitas domiciliares, 41,22% foram realizadas em residências localizadas no DS Noroeste, maior número de visitas por distrito. O Distrito Sanitário Campinas/Centro registrou menor número de vistas, 1,89%; ressalta-se que esse Distrito possui em sua área de abrangência apenas 02 Unidades cobertas pela Estratégia Saúde da Família.

**Quadro 29 - Número de visitas domiciliares realizadas por profissional de nível médio Distrito Sanitário e Unidade de Saúde, SMS/Ano 2016.**

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Número de visitas</b>	<b>%</b>
Noroeste	158.303	41,22
Norte	70.543	18,37
Oeste	65.387	17,03
Leste	45.235	11,78
Sudoeste	37.276	9,71
Campinas/Centro	7.274	1,89
<b>Total</b>	<b>384.018</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Consulta Estatística da Saúde/*Dashboard* - Visita Domiciliar.

## **5. REDE FÍSICA DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA PRESTADORA DE SERVIÇOS SUS.**

### **Modelo de organização dos serviços de saúde**

Na prestação dos serviços de assistência à saúde da população, a Prefeitura Municipal de Goiânia, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMC), obedece às diretrizes recomendadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade, a equidade, a hierarquização e a descentralização do atendimento.

A construção desse modelo vem exigindo a descentralização da rede de serviços. A regionalização do atendimento foi feita com base nas divisões administrativas de Goiânia, determinadas pela Secretaria Municipal de Planejamento. No âmbito da SMS, essas regionais são conhecidas como Distritos Sanitários. Atualmente, 07 deles estão estruturados.

A prestação dos serviços de assistência à saúde em Goiânia está organizada conforme a complexidade do atendimento. O sistema conta com unidades de Atenção Básica/Primária, Média e de Alta Complexidade. Na rede existem unidades públicas, filantrópicas, privadas conveniadas ao SUS e unidades privadas não conveniadas.

A Atenção Básica/Primária é a porta de entrada dos serviços. Foi construída a partir das Unidades Básicas de Saúde, nas quais se incluem as Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família.

Os atendimentos considerados de alta complexidade, os de referência, inclusive externa, são feitos nas unidades convencionadas, como o Hospital de Doenças Tropicais e o Hospital de Urgências de Goiânia, dentre outros, ou nas unidades próprias, parceiras e conveniadas.

Cabe ressaltar que Goiânia é reconhecida, nacional e internacionalmente, pelo desenvolvimento alcançado em certas áreas médicas, como a oftalmologia, a cardiologia e a urologia, entre outras, e pela facilidade no encaminhamento.

Por essas razões, o município converteu-se em polo de tratamentos de alto custo, atraindo não só pessoas do interior do estado, mas também das regiões Norte e Nordeste.

Dessa forma, Goiânia tem experimentado a conversão de um modelo tradicional - marcado pela centralização do atendimento em ações curativas, por serviços e ações isoladas e por diretrizes sem vínculos com a realidade - em um modelo assistencial

descentralizado, interprofissional e integral, centrado no indivíduo, na família e na comunidade.

### **Rede do SUS em Goiânia**

O cadastramento dos estabelecimentos de saúde Públicos, Conveniados e Privados, seja pessoa física ou jurídica, que realizam qualquer tipo de serviço de atenção à Saúde no Âmbito do território Nacional é realizado pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

O município de Goiânia na competência de agosto/2017 possuía 3.234 estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES e desse quantitativo, em 3.220 a gestão é municipal, 12 estadual e 02 Dupla.

O tipo de estabelecimento cadastrado com maior número foi Consultório (54%), seguido de Clínica Especializada/Ambulatório Especializado (19%), Unidade de Serviço de Apoio Diagnóstico (13,2%) e outros tipos de estabelecimentos 13,8%.

### **Quadro 30 – Estabelecimento de saúde de Goiânia cadastrados no SCNES – agosto de 2017.**

Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Central de Regulação	-	2	-	2
Central de Regulação Médica das Urgências	-	-	1	1
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	-	-	2	2
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	-	-	9	9
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	-	3	89	92
Central de Notificação Captação e Distribuição Órgãos Estadual	-	1	-	1
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	-	2	612	614
Consultório	-	-	1.743	1.743
Cooperativa	-	-	7	7
Farmácia	-	1	4	5
Hospital Especializado	-	-	67	67
Hospital Geral	-	-	51	51
Hospital Dia	-	-	7	7
Laboratório de Saúde Pública	-	-	1	1
Policlínica	-	-	134	134
Pronto Atendimento	-	-	3	3
Pronto Socorro Geral	-	-	3	3
Secretaria de Saúde	2	1	8	11

Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	-	-	8	8
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	-	-	1	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	-	-	426	426
Unidade de Vigilância em Saúde	-	-	2	2
Unidade Mista	-	-	1	1
Unidade Móvel de Nível Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	-	-	22	22
Unidade Móvel Terrestre	-	2	18	20
Telessaúde	-	-	1	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>3.220</b>	<b>3.234</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

### **Rede física de serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde.**

A Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia possui uma rede própria composta de 163 estabelecimentos distribuída em 07 (sete) Distritos Sanitários.

Encontram-se fechadas para reforma o Centro de Saúde Vila Redenção, CIAMS Urias Magalhães e o Cais Jardim América.

Segue abaixo, detalhamento da rede:

- **63 Centros de Saúde da Família e 23 Centros de saúde:** realizam atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas e de outros profissionais de nível superior, podendo oferecer assistência odontológica, sendo que os CSF atendem uma população adstrita. Observação: As unidades CSF Curitiba I e CSF Curitiba II estão localizadas no mesmo prédio onde funcionava o CAIS Curitiba, que manteve o CNES. CSF Curitiba III que funcionava em prédio alugado foi transferido para o mesmo prédio onde funciona o CSF Boa Vista.
- **14 CAIS/CIAMS:** prestam atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo as básicas e atendimento em outras especialidades não médicas. Oferece serviço de apoio diagnóstico e Pronto atendimento 24 Horas.
- **02 Maternidade/Hospital:** realizam atenção hospitalar;
- **02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA):** é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo esta compor uma rede organizada de atenção às urgências e devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes

acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

- **09 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- **04 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO):** oferece atendimento especializado em saúde bucal;
- **07 Unidades de Referências:** Unidades que oferecem atendimento especializado à pessoa idosa, ortopedia e fisioterapia, referência em diagnóstico e terapêutica, saúde do trabalhador, segurança e medicina do trabalho, referência ambulatorial em psiquiatria e de urgência em psiquiatria;
- **05 Unidades de assistência farmacêutica:** executam dispensação de medicamentos básico-essenciais (Programa Farmácia Popular) ou medicamentos excepcionais / alto custo previsto na Política Nacional de Assistência Farmacêutica;
- **07 Módulos Odontológicos:** unidades móveis instaladas nas escolas para atendimento em saúde bucal;
- **02 Cooperativas de Geração e Renda:** realizam ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais;
- **06 Residências Terapêuticas:** são pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização, os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinados a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros;

- **01 Unidade de atendimento Transitório Infante Juvenil: serviço de atenção residencial:** Unidade de Acolhimento destinada a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos). A unidade foi desativada temporariamente após suspensão do convênio com a Sociedade São Vicente de Paula.
- **01 Centro de Convivência:** unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. A Unidade Cuca Fresca foi desativada temporariamente após suspensão do convênio com a Sociedade São Vicente de Paula.
- **01 Serviço Móvel de Urgência:** serviço assistencial móvel de atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências;
- **16 Outros estabelecimentos:** Central de Regulação, Ouvidoria, Sede da SMS, Sede dos Distritos Sanitários, Serviço de Verificação de Óbito, Serviço de Vigilância Sanitária e Ambiental, 01 Almoarifado Central, Escola Municipal de Saúde Pública e Centro Municipal de Vacinação.

**Quadro 31 - Número de Unidades próprias da SMS, segundo o tipo de estabelecimento de saúde.**

<b>Tipo de Unidade</b>	<b>Quantidade</b>
CSF	63
CS	23
CAIS/CIAMS	14
CAPS	9
Referência	7
Módulo Odontológico	7
Sede Distrito Sanitário	7
Serviço de Residência Terapêutica	7
Assistência Farmacêutica	5
CEO	4
Serviço de vigilância	3
Cooperativa de Geração e Renda	2
Hospital/Maternidade	2
UPA	2

<b>Tipo de Unidade</b>	<b>Quantidade</b>
SAMU	1
Sede SMS	1
Regulação	1
Centro de Convivência	1
Ouvidoria	1
Almoxarifado Central	1
Escola	1
Centro Municipal Vacinação	1
<b>Total</b>	<b>163</b>

Fonte: SGRAS

**Quadro 32 - Distribuição dos estabelecimentos da SMS por Distrito Sanitário:**

Distrito Sanitário	CAIS/CIAMS	Centro de Saúde da Família	Centro de Saúde	UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	Hospital/ Maternidade	Saúde Mental	CEO (Centro de Es. Odontológicas)	REFERÊNCIA	OUTROS
CAMPINAS/ CENTRO	Campinas	Crimeia Oeste	Crimeia Leste			CAPS Negrão Lima	CRDT	CRDT	DS Campinas Centro
	Vila Nova	Leste Universitário	Esplanada do Anicuns			CAPS Água Viva		CEREST	Farmácia Ins. Bas. Medic Especiais
			Fama			GERART II		CRASPI	Farmácia Dist. Central (funciona no prédio do CRDT)
			Marinho Lemos					CROF	Farmácia Pop.UFG
			N. Ferroviário						Farmácia Pop. do Brasil
			Cidade Jd Michele Muniz						SVO
			Vila Canaã						Mód. Odontológico III
			Vila Moraes						Dep. Vig. Sanitária )
		Vila Santa Helena							
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
Distrito Sanitário	CAIS/CIAMS	Centro de Saúde da Família	Centro de Saúde	UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	Hospital/ Maternidade	Saúde Mental	CEO (Centro de Espec. Odontológicas)	REFERÊNCIA	OUTROS
LESTE	Chác. Gov.	Aruanã	Riviera			CAPS N. Mundo	Novo Mundo		DS Leste
	Novo Mundo	Aroeiras	Afonso Honorato			Resid. Terap. N. Mundo (M)			Sede SMS
	Amendoeiras	D. Fernando				Resid. Terap. N. Mundo (M)			Mód. Odont. II
		Marilizia							Mód. Odont. VI
		Atheneu							Dep. Vig. Ambiental
		Recanto M. Gerais							
		Hilário							

Distrito Sanitário	CAIS/CIAMS	Centro de Saúde da Família	Centro de Saúde	UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	Hospital/ Maternidade	Saúde Mental	CEO (Centro de Es. Odontológicas)	REFERÊNCIA	OUTROS
		Pedroso							
		Ville de France							
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>

Distrito Sanitário	CAIS/CIAMS	Centro de Saúde da Família	Centro de Saúde	UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	Hospital/ Maternidade	Saúde Mental	CEO (Centro de Espec. Odontológicas)	REFERÊNCIA	OUTROS
NOROESTE	Cândida	Vitoria		Mª Pires Perillo	Nascer Cidadão	CAPS Noroeste	Cândida de Moraes		DS Noroeste
	Finsocial	Barrento							Mód. Odonto IX
	Curitiba	Boa Vista							Almoxarifado Central
		Brisas da Mata							
		Morada do Sol							
		Estrela Dalva							
		Finsocial							
		Colorado							
		Curitiba I							
		Curitiba II							
		Curitiba III							
		Primavera							
		Planalto							
		Recanto do Bosque							
	São Carlos								

Distrito Sanitário	CAIS/CIAMS	Centro de Saúde da Família	Centro de Saúde	UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	Hospital/ Maternidade	Saúde Mental	CEO (Centro de Espec. Odontológicas)	REFERÊNCIA	OUTROS
		Tremendão							
		Vf 18							
		Vila Mutirão							
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

Distrito Sanitário	CAIS/CIAMS	Centro de Saúde da Família	Centro de Saúde	UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	Hospital/ Maternidade	Saúde Mental	CEO (Centro de Espec. Odontológicas)	REFERÊNCIA	OUTROS
NORTE	Guanabara III	Antônio Carlos Pires	Benedito dos Santos Vieira			Unidade de Atend. Transit. Infantil			DS Norte
	Urias Magalhães	Cachoeira Dourada	Isabel Mª da Silva						Módulo Odont. V
		Vila Rica	Balneário Meia Ponte						
		Itatiaia	Vila Clemente						
		Guanabara I	Campos Samambaia						
		Vale dos Sonhos							
		São Judas Tadeu							
		Guanabara III							
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

Distrito Sanitário	CAIS/CIAMS	Centro de Saúde da Família	Centro de Saúde	UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	Hospital/ Maternidade	Saúde Mental	CEO (Centro de Espec. Odontológicas)	REFERÊNCIA	OUTROS
Oeste	Goiá	Goiá	João Braz			Resid. Terap. Esperança I	CAPS Esperança		DS Oeste
		Buena Vista				Resid. Terap. Esperança II			Farmácia Dist.Oeste
		Eldorado Oeste				CAPS Esperança			
		Goiânia Viva							
		Aritana							
		Cerrado IV							
		Cerado VI							
		Mirabel							
		Luana Park							
		Buritis							
		Ytapuã							
		São Francisco							
		Vera Cruz I							
		Vera Cruz II							
	Vila Regina								
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

Distrito Sanitário	CAIS/CIAMS	Centro de Saúde da Família	Centro de Saúde	UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	Hospital/ Maternidade	Saúde Mental	CEO (Centro de Espec. Odontológicas)	REFERÊNCIA	OUTROS
SUDOESTE	N. Horizonte	Andreia Cristina	Egídio Martins	Itaipu		CAPS Beija Flor II	N. Horizonte		DS Sudoeste
		Esmeralda	PQ Anhanguera			Resid. Terap. Beija Flor II			Mód. Odontológico III
		Eli Forte	Vila Boa			Resid. Terap. Beija Flor II			
		Garavelo B	Vila Mauá						
		Grajáú							
		Caravelas							
		Madre Germana							
		Santa Rita							
		Ana Clara							
		Itaipu							
	Real Conquista								
TOTAL	1	11	4	1	0	3	1	0	2
Distrito Sanitário	CAIS/CIAMS	Centro de Saúde da Família	Centro de Saúde	UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	Hospital/ Maternidade	Saúde Mental	CEO (Centro de Espec. Odontológicas)	REFERÊNCIA	OUTROS
SUL	Jd. América		Pq Amazônia		D. Iris	Amb. Munic. Psiquiatria		SESMT	Ouvidoria
	Pedro Ludovico		Redenção			PS Wassily Chuc			DS Sul
						CAPS AD			Mód. Odontológico X
						CAPS Girassol			Escola Mun. Saúde Pública
						CAPS Vida			Central de Regulação
						GERARTE I			Sede do SAMU
					Cuca Fresca			Centro Mun.de vacinação	
TOTAL	2	0	2	0	1	7	0	1	7

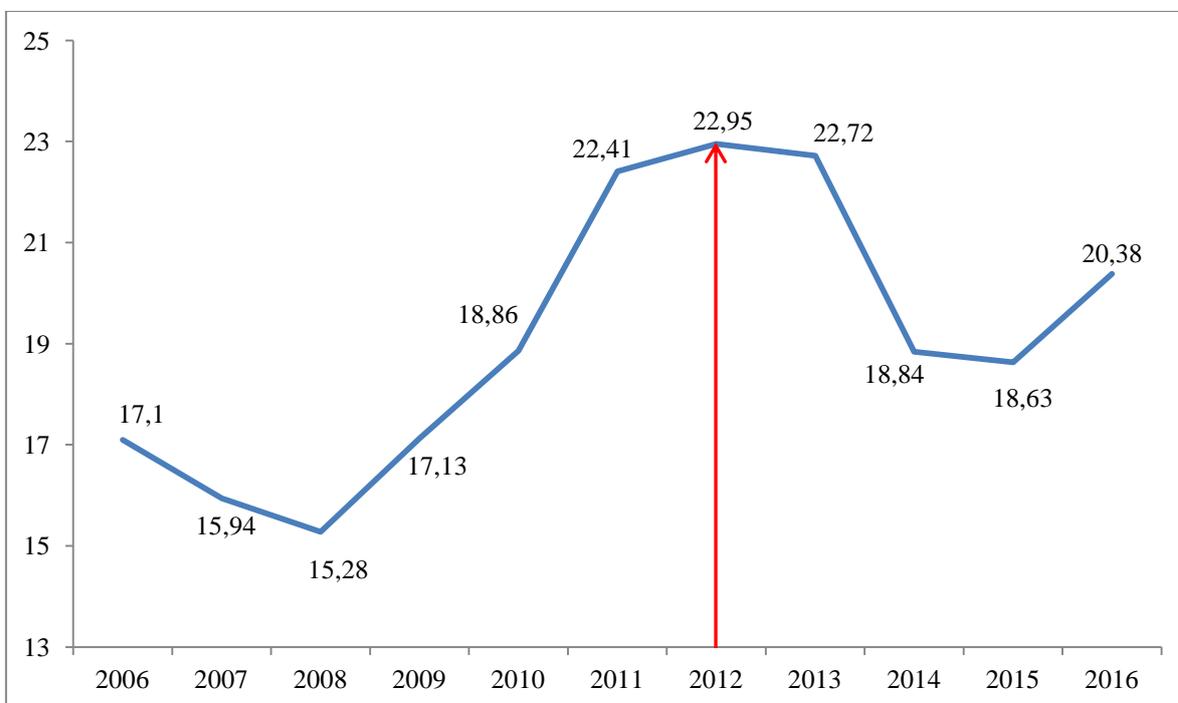
## 6 - PERCENTUAL DE RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS EM SAÚDE.

Sobre o aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços de Saúde (LC 141/2012), de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais, o município de Goiânia vem cumprindo o disposto, conforme dados abaixo (Figura 26). É necessária uma análise mais detalhada sobre a representatividade e a relevância deste indicador. A simples indicação de que Goiânia aplica mais de 20% da receita de impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais não evidencia que este percentual mínimo seja suficiente e adequado para as necessidades em saúde da população assistida.

Observa-se que a Prefeitura de Goiânia vem aumentando anualmente esses valores passando de 17,1% em 2006 para 20,38% em 2016.

Apresentou comportamento de redução entre 2014 e 2015 em relação a 2011 a 2013, retonando a mais de 20% em 2016.

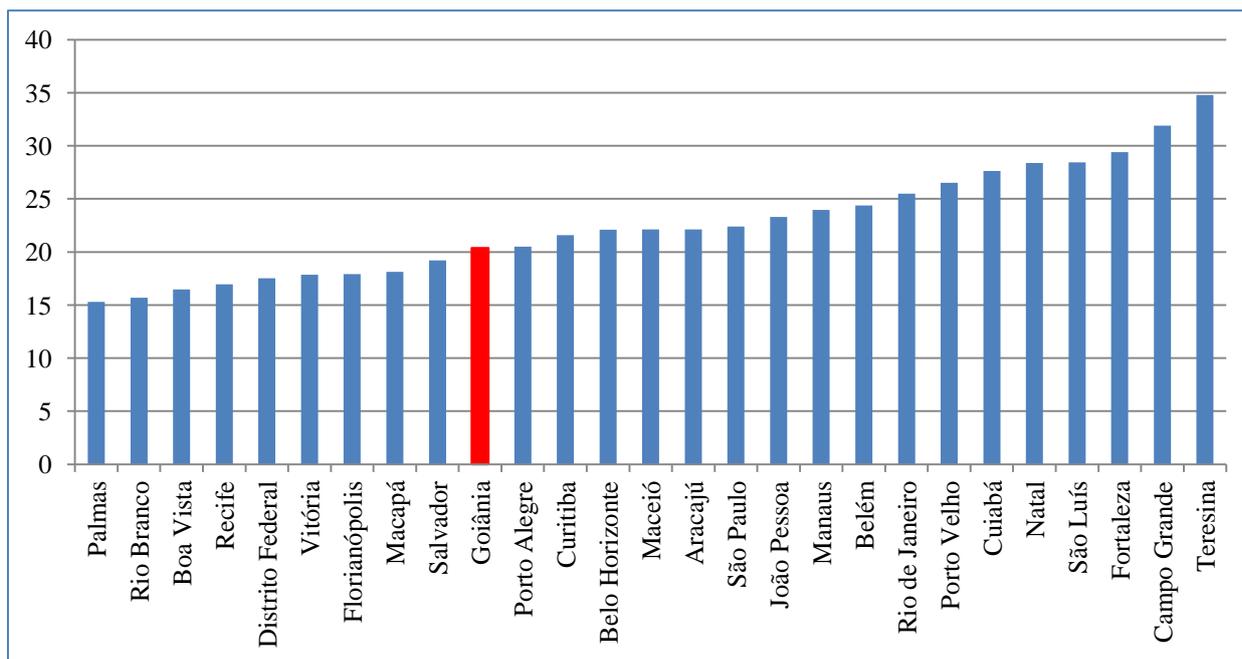
**Figura 26 – Percentual de recursos próprios aplicados em saúde – Goiânia 2006 a 2016.**



**Fonte: SIOPS/MS**

Em relação às capitais e ao Distrito Federal (DF), Goiânia ficou a frente de oito e do DF em relação ao percentual de recursos aplicados à saúde em 2016 e atrás de 17 outras.

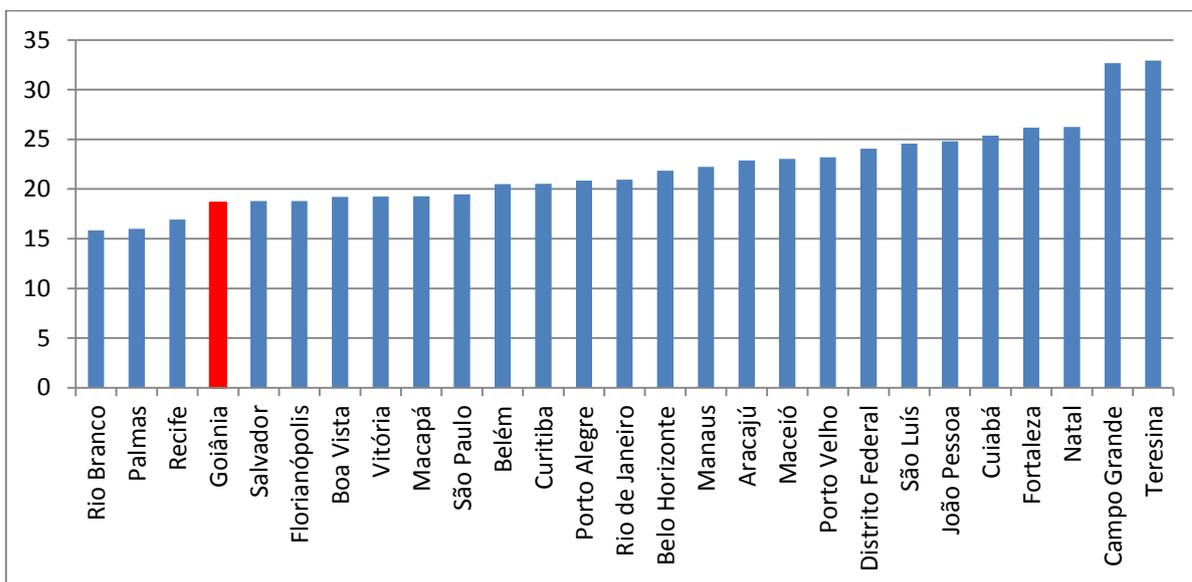
**Figura 27 – Percentual de recursos próprios aplicados em saúde – Capitais e Distrito Federal, 2016.**



Fonte: SIOPS/MS

Em relação às capitais e ao DF, Goiânia ficou a frente de três em relação ao percentual de recursos aplicados à saúde em 2015 e atrás de 12 outras e mais o DF.

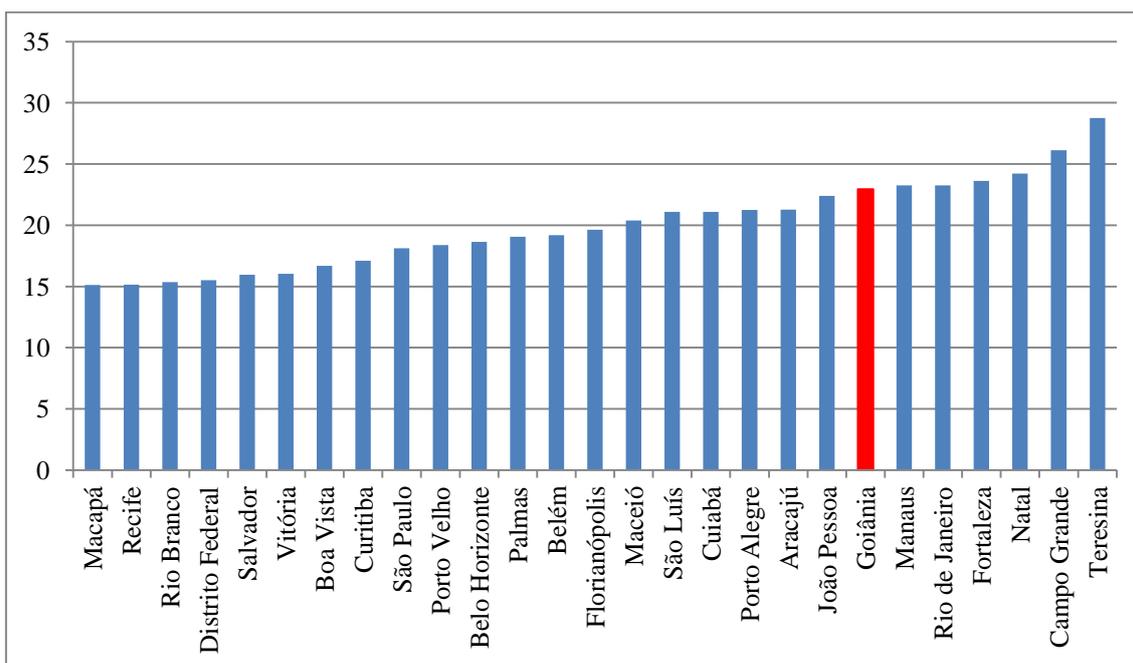
**Figura 28 – Percentual de recursos próprios aplicados em saúde – Capitais e Distrito Federal, 2015.**



**Fonte: SIOPS/MS**

Em relação às capitais e ao DF, Goiânia ficou a frente de 20, incluindo o DF em relação ao percentual de recursos aplicados à saúde em 2012 e atrás de 06 outras e mais o DF.

**Figura 29 – Percentual de recursos próprios aplicados em saúde – Capitais e Distrito Federal, 2012.**



**Fonte: SIOPS/MS**

## **7 – DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS**

O presente Plano Municipal de Saúde é composto por 06 (seis) Diretrizes e 15 (quinze) objetivos para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde/SUS em Goiânia, contribuindo assim para a promoção da qualidade de vida dos goianienses.

O alcance desses objetivos neste período será orientado por ações e metas estabelecidas.

Para cada diretriz estabeleceu-se objetivos, conforme abaixo:

Diretriz 1: Expansão, fortalecimento e efetivação da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, aprimorando a Política de Atenção Básica.

### **Objetivos:**

1.1. Qualificar a Atenção Básica (AB)/Primária à Saúde (APS), por meio da ampliação do acesso, da integralidade, com longitudinalidade e coordenação do cuidado, a partir das necessidades das pessoas.

1.2. Promover o cuidado integral às pessoas na Rede de Atenção à Saúde, com ampliação do escopo de serviços da AB/APS por meio da carteira de serviços.

1.3. Fortalecer as Redes de Atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero na Atenção Básica, nas Redes Temáticas e de Atenção no município.

1.4. Promover a equidade em saúde em torno dos seguimentos em situação de vulnerabilidade social buscando a instituição de um novo modelo de atenção e gestão voltado para essas populações (LGBT, populações de rua, crianças institucionalizadas, pessoa com deficiência, adolescentes em conflito com a lei e privados de liberdade, usuários de drogas, idosos, indígenas, quilombolas, ciganos e outras).

Diretriz 02: Ampliação e qualificação da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

**Objetivos:**

- 2.1. Controlar e avaliar os prestadores de serviço com base na execução dos tetos pactuados na Programação Pactuada Integrada (PPI).
- 2.2. Ampliar e qualificar o acesso e a carteira de serviço de média e alta complexidade dentro da Rede de Atenção à Saúde.
- 2.3. Fortalecer e ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com os demais pontos de Atenção em Saúde e com outros pontos intersetoriais, ciclo de vida e equidade.

Diretriz 03 – Redução e prevenção dos riscos e agravos à saúde da população por meio da promoção da saúde, da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis, doenças transmissíveis, acidentes e violências.

**Objetivos:**

- 3.1. Fortalecer, ampliar e potencializar as ações de vigilância epidemiológica e de promoção da saúde no município.
- 3.2. Ampliar e fortalecer a Promoção, Vigilância, Prevenção e Atenção Integral à Saúde do (a) Trabalhador (a) no Sistema Único de Saúde de Goiânia.
- 3.3. Reduzir os riscos sanitários através da execução de ações de fiscalização e educação sanitária no município de Goiânia.

3.4. Aprimorar as ações da Vigilância Ambiental e controle das zoonoses para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável.

Diretriz 04 – Promoção da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

**Objetivo:**

4.1. Promover o acesso com qualidade à Assistência Farmacêutica.

Diretriz 05 – Fortalecimento da Gestão do SUS.

**Objetivos:**

5.1. Fortalecer a Política de Saúde de Goiânia, com qualificação dos investimentos, modernização administrativa e de infraestrutura tecnológica de informatização com aperfeiçoamento dos sistemas e gestão da informação, estabelecimento de processos, fluxos e prazos de trabalho para os atos de gestão.

5.2. Consolidar a Política de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas e de Educação Permanente na Saúde Pública no município de Goiânia.

5.3. Fortalecer a gestão democrática do SUS, ampliando a participação social e os canais participativos na formulação e no controle da execução da política municipal de saúde, aprimorando os Conselhos e as Conferências de Saúde.

5.4. Estabelecer mecanismos de regulação e controle do acesso aos exames/procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Diretriz 06: Ampliação dos Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

**Objetivo:**

6.1. Ampliar a rede física da Secretaria Municipal de Saúde melhorando o acesso da população aos serviços de saúde **com** financiamento adequado e sustentável que atenda às necessidades da Rede de Atenção à Saúde e da população.

## 8 - PLANILHA DE AÇÕES, METAS E INDICADORES - PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS) 2018 A 2021.

**DIRETRIZ 1:** Expansão, fortalecimento e efetivação da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, aprimorando a Política de Atenção Básica.

**Objetivo 1.1:** Qualificar a Atenção Básica (AB)/Primária à Saúde (APS), por meio da ampliação do acesso, da integralidade, com longitudinalidade e coordenação do cuidado, a partir das necessidades das pessoas.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
1.1.1. Aumentar a cobertura populacional estimada pela Atenção Básica/Atenção Primária.	70,6%	60,24%	62,16%	66,40%	70,06%	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica/Atenção Primária a Saúde	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)  Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	$(N^{\circ} \text{Equipes de Saúde da Família} \times 3.450 + (N^{\circ} \text{EAB} + N^{\circ} \text{ESF equivalente}) \text{ em determinado local e período} \times 3.000 / N^{\circ} \text{população total}) \times 100.$	SUPGRA/DAA S/GAPRI

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
							(IBGE) – Estimativas populacionais anuais de população, com referência em 1º de julho.		
1.1.2. Reduzir internações por condições sensíveis à atenção básica	≤ 27,24%	< 27,24%	< 27,24%	< 27,24%	< 27,24%	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	SIH	N.º de internações por causas sensíveis selecionadas à atenção básica dividida pelo total de internações clínicas X 100	Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde
1.1.3. Reduzir o percentual de encaminhamentos médicos da AB/AP de usuários para serviço especializado em determinado	< 20%	< 20%	< 20%	< 20%	< 20%	Percentual de encaminhamentos médicos da AB/AP de usuários para serviço especializado	SISAB/MS	N.º de atendimentos médicos da AB/AP para serviços especializados/Número total de atendimentos médicos individuais da AB/AP X 100	Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde/GAPRI

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
espaço geográfico, no período considerado						em determinado espaço geográfico, no período considerado.			
1.1.4. Ampliar a cobertura populacional em saúde bucal nas unidades de Atenção Básica com ampliação das Equipes de Saúde Bucal	50,5%	40%	43%	45,5%	50,5%	Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica	SCNES e IBGE	$((n^{\circ} \text{eSB} * 3.450) + (n^{\circ} \text{eSB equivalentes} * 3.000))$ em determinado local e período/Estimativa populacional X 100	Gerência de Saúde Bucal
1.1.5. Implantar serviço de atendimento móvel odontológico	01 serviço móvel implantado	-	-	01	-	Número de serviço de atendimento móvel odontológico implantado	Gerência de Saúde Bucal	Número de serviço de atendimento móvel odontológico implantado	Gerência de Saúde Bucal

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
1.1.6. Aumentar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	70%	55%	60%	65%	70%	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF – DATASUS/MS. Link: <a href="http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp">http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp</a>	Nº de famílias beneficiadas no Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhada pela Atenção Básica na última vigência do ano/ Nº total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano x100	GCV
1.1.7. Reduzir a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos*) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias)	260/100.000	282/100.000	275/100.000	275/100.000	260/100.000	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças)	SIM / IBGE	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID- 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 - E14, em determinado ano e local/ população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local X 100.000	Gerência DCNT

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
crônicas).						respiratórias crônicas)			
1.1.8. Aumentar a prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos	39,70%	39%	39,50%	39,60%	39,70%	Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos	MS/SVS/CGDA NT/VI GITEL	N.º de adultos $\geq$ 18 anos com atividade física suficiente no tempo livre/N.º de adultos $\geq$ 18 anos residentes na respectiva cidade X 100	Gerência DCNT
1.1.9. Reduzir a prevalência de tabagismo em adultos $\geq$ 18 anos.	9%	9,30%	9,20%	9,10%	9%	Prevalência de tabagismo em adultos $\geq$ 18 anos	MS/SVS/CGDA NT/VI GITEL	Número de tabagista adultos $\geq$ 18 anos /número de adultos $\geq$ 18 anos residentes na respectiva cidade x 100	Gerência DCNT
1.1.10. Implementar a Linha de Cuidado de Sobrepeso e da obesidade.	45%	48%	47,5%	47%	46,5%	Percentual de adultos ( $\geq$ 18 anos) com excesso de peso (IMC $\geq$ 25 kg/m <sup>2</sup> )	MS/SVS/CGDA NT/VI GITEL	Número de indivíduos com excesso de peso/número de indivíduos entrevistados X100	Gerência DCNT
	14%	16,3%	16%	15,7%	15,4%	Percentual de adultos ( $\geq$ 18 anos) com obesidade (IMC	MS/SVS/CGDA NT/VI GITEL	Número de indivíduos com obesidade/número de indivíduos entrevistados X 100	Gerência DCNT

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
						≥30 kg/m <sup>2</sup> )			
1.1.11. Reduzir a taxa de internações por diabetes mellitus na população de 30 a 59 anos	2/10.000	3,83/10.000	3/10.000	2,50/10.000	2/10.000	Taxa de internação por diabetes mellitus	SIH	Número de internações por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 a 59 anos em determinado local e período/ população de 30 a 59 anos no mesmo local e período x 10.000	Gerência DCNT

**DIRETRIZ 1:** Expansão, fortalecimento e efetivação da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, aprimorando a Política de Atenção Básica.

**Objetivo 1.2:** Promover o cuidado integral às pessoas na Rede de Atenção à Saúde, com ampliação do escopo de serviços da AB/APS por meio da carteira de serviços.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
1.2.1. Implantar a realização do Teste Rápido de Gravidez (TRG) em todas as Unidades de Saúde	100%	100%	100%	100%	100%	Percentual de Unidades de Saúde com o TRG implantado	GCV	Número de Unidades de Saúde com TRG implantado/ Total de Unidades de Saúde x 100	GCV e GAP
1.2.2. Implantar a inserção do Dispositivo Intra Uterino (DIU) nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família	80%	10%	20%	20%	30%	Percentual de Unidades de Estratégia da Saúde da Família com o procedimento de Inserção de DIU implantado	GCV e GAP	Número de Unidades de Estratégia de Saúde da Família com inserção de DIU implantadas/ Total de Unidades de Estratégia de Saúde da Família existentes x 100	GCV e GAP
1.2.3. Implantar Polos de Academias de Saúde	03	-	Implantar 01 Polo	Implantar 01 Polo	Implantar 01 Polo	Número de Polos de Academia de Saúde Implantadas	CNES	Número absoluto	DAS

**DIRETRIZ 1:** Expansão, fortalecimento e efetivação da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, aprimorando a Política de Atenção Básica.

**Objetivo 1.3:** Fortalecer as Redes de Atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero na Atenção Básica, nas Redes Temáticas e de Atenção no município.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
1.3.1. Ampliar a razão de exames citopatológicos em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos	0,4	0,23	0,27	0,32	0,4	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente da mesma faixa etária	Sistema de Informação Ambulatoria 1 (SIA/SUS) e IBGE	Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de	GCV

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
								atendimento/ População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano / 3	
1.3.2. Ampliar a proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal	75%	70%	71%	73%	75%	Proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal.	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) (SISPRENATAL WEB).	N.º de nascidos vivos de mães residentes em Goiânia com 07 ou mais consultas de pré-natal/Nº de nascidos vivos de mães residentes em Goiânia X 100	GCV e GAP
1.3.3. Realizar anualmente testes de sífilis por gestantes usuárias do SUS.	02 testes por gestantes	02 testes	02 testes	02 testes	02 testes	Número de testes de sífilis por gestante	Teste da mamãe (VDRL/FTABS)	N.º de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e local/ número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local.	GCV
1.3.4. Reduzir a gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos.	10%	12%	11,5%	11%	10,5%	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a	SINASC	Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 e 19 anos residentes em determinado local e período / número de	GCV e GAP

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
						19 anos		nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período X 100	
1.3.5. Reduzir o número de óbitos maternos	Reduzir para <5	5	<5	<5	<5	Número de óbitos maternos	SIM	Número de óbitos maternos (morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causa acidentais)	GCV
1.3.6. Implementar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil em Unidades de Estratégia de Saúde da Família	59 Centros de Saúde da Família	15	15	15	14	Número de Unidades de Estratégia de Saúde da Família com a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil implantada	GCV	Número absoluto	GCV

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
1.3.7. Reduzir a taxa de mortalidade infantil.	10,5/1.000	10,7/1000	10,7/1000	10,6/1000	10,5/1.000	Taxa de Mortalidade Infantil	SIM E SINASC	Número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade / número de nascidos vivos de mães residentes X 1.000.	GCV
1.3.8. Implantar o Pré-natal do Parceiro na rede municipal de saúde	100% das Unidades Básicas de Saúde do município (CS, CSF, CAIS e CIAMS)	25%	25%	25%	25%	Percentual de Unidades de Atenção Básica de Saúde com Pré-natal do Parceiro implantado	GAP	Número de Unidades de Atenção Básicas de Saúde que implantaram o Pré-natal do Parceiro/total de Unidades de Atenção Básica de Saúde do Município x 100	GAST e GAP
1.3.9. Ampliar serviço de referência no município para atendimento humanizado as mulheres vítimas de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios,	01 serviço implantado	-	01	-	-	Nº de serviço de referência municipal em atendimento humanizado as mulheres vítimas de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios	GCV/GAP	Nº absoluto	GCV e SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
garantindo-se a cadeia de custódia, a identificação compulsória de violência e o direito sexual e reprodutivo das mulheres com acesso a todos os meios de anticoncepção e aborto previsto em lei. (CMSM)									
1.3.10. Realizar Inquérito para identificação de fatores de risco para câncer na população coberta pela saúde da família em articulação com a Vigilância em	01	-	01	-	-	Inquérito realizado	Gerência de DCNT	Nº absoluto	DRT

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
Saúde.									

**DIRETRIZ 1:** Expansão, fortalecimento e efetivação da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, aprimorando a Política de Atenção Básica.

**Objetivo 1.4:** Promover a equidade em saúde em torno dos seguimentos em situação de vulnerabilidade social buscando a instituição de um novo modelo de atenção e gestão voltado para essas populações (LGBTT, populações de rua, crianças institucionalizadas, pessoa com deficiência, adolescentes em conflito com a lei e privados de liberdade, usuários de drogas, idosos, indígenas, quilombolas, ciganos e outras).

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
1.4.1. Ampliar o número de Consultórios na Rua	04	04	Manter	Manter	Manter	Percentual de teto de equipes de consultório na rua	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)	N.º equipes de consultório de Rua/ N.º de equipes consultório de rua recomendados pelo MS (1.000 pessoas em situação de rua) X 100	Diretoria de Redes Temáticas

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
1.4.2. Garantir atenção integral à saúde as crianças institucionalizadas nos abrigos de Goiânia em todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário).	100% da Unidade de Abrigamento com Matriciamento implantado	100%	-	-	-	Unidade de Abrigamento com Matriciamento implantado	Gerência de Equidade	Nº absoluto	Diretoria de Redes Temáticas
1.4.3. Ampliar o acesso a tratamento de afecções orais de adolescente pela aquisição de uma Unidade Odontológica Móvel para atender os adolescentes	01 Unidade Odontológica Móvel disponível para atendimento dos adolescentes nas USEs	-	-	01	-	Unidade Odontológica Móvel 1 para atendimento dos adolescentes nas USEs implantada	Gerência Equidade	Nº absoluto	Diretoria de Redes Temáticas

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
privados de liberdade									
1.4.4. Implantar a Caderneta do Adolescente aos adolescentes em regime de internação, internação provisória e semi liberdade	100% dos adolescentes com privação de liberdade utilizando a CA	25% dos adolescentes com privação de liberdade utilizando a CA	50% dos adolescentes com privação de liberdade utilizando a CA	85% dos adolescentes com privação de liberdade utilizando a CA	100% dos adolescentes com privação de liberdade utilizando a CA		Gerência Equidade	Nº adolescentes com privação de liberdade com a CA/ Nº adolescentes com privação de liberdade X 100	Diretoria de Redes Temáticas

**DIRETRIZ 2:** Ampliação e qualificação da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

**Objetivo 2.1:** Controlar e avaliar os prestadores de serviço com base na execução dos tetos pactuados na Programação Pactuada Integrada (PPI).

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
2.1.1. Reduzir o gasto em média e alta complexidade em relação ao pactuado na PPI.	Reduzir para 90% o percentual de gasto em média e alta complexidade em relação ao pactuado na PPI.	100%	95%	90%	90%	Percentual do valor produzido para o teto de média e alta complexidade em relação ao pactuado na PPI.	SIA/SIH/SIS PPI	Valor produzido de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, exceto FAEC no ano/Valor pactuado na PPI para o teto de média e alta complexidade X 100	Superintendência de Regulação e Políticas Públicas
2.1.2. Ampliar o percentual de ocupação de leitos de UTI	90%	80%	85%	90%	90%	Percentual de ocupação de leitos de UTI	SIH/CNES	Nº de diárias ocupadas / Nº Dias por ano X Nº leitos UTI X 100	Superintendência de Regulação e Políticas Públicas

**DIRETRIZ 2:** Ampliação e qualificação da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

**Objetivo 2.2:** Ampliar e qualificar o acesso e a carteira de serviço de média e alta complexidade dentro da Rede de Atenção à Saúde

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
2.2.1. Aumentar a razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade na população geral	Aumentar 10%	2%	5%	8%	10%	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente e/ou exclusiva SUS	SIA/SUS e IBGE	Razão de informados esperados – RIE de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade para residentes no município com ajuste pelo Bayes empírico (1) x Resultado médio do indicador nos Municípios de Referência (2).  <b>População exclusiva SUS:</b> Razão para a população exclusiva SUS. Esta população é obtida por meio da subtração, na população total, da proporção de beneficiários de planos privados de saúde, que é divulgada	DIRETORIA DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
								pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	
2.2.2. Ampliar os leitos na rede pública hospitalar.	50%	10%	20%	30%	50%	Percentual de aumento de leitos públicos disponíveis ao SUS através de análise CNES no ano.	CNES	Número de leitos públicos cadastrados no CNES em 2017 menos os leitos cadastrados para o ano atual/Nº de leitos cadastrados em 2017X100	DIRETORIA DE REGULACÃO, AVALIACÃO E CONTROLE
2.2.3. Reduzir o tempo médio de permanência de pacientes em UTI	20%	7,5%	10%	12,5%	20%	Razão de redução do tempo médio de permanência em UTI	Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)	Número de pacientes dia (somatória de pacientes dia na UTI em 2017)/Número de saídas internas mais saídas hospitalares (somatória das saídas internas e das saídas hospitalares da UTI em 2017).  <b>Para calcular a redução:</b> Tempo de permanência do ano calculado menos o Tempo de Permanência de 2017 dividido pelo Tempo de permanência de 2017 X 100	DIRETORIA DE REGULACÃO, AVALIACÃO E CONTROLE

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
2.2.4. Ampliar a oferta de exames de média e alta complexidade na rede pública	30%	5%	10%	20%	30%	Percentual de aumento da oferta de exames de média e alta complexidade na rede pública.	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)	Número de exames de média e alta complexidade na rede pública em 2017 menos o número de exames de média e alta complexidade na rede pública para o ano atual / Número de exames de média e alta complexidade na rede pública em 2017 X100	DIRETORIA DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
2.2.5. Monitorar o cumprimento do prazo estabelecido para o início do primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada (Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012).	100%	-	100%	100%	100%	Percentual	Percentual de pacientes que iniciaram tratamento para neoplasia maligna comprovada 60 dias a partir do registro do diagnóstico no prontuário	Número de pacientes que iniciaram o primeiro tratamento de neoplasia maligna comprovada 60 (sessenta) dias a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente no ano / Número total de pacientes com neoplasia maligna comprovada no ano X 100	Superintendência de Regulação e Políticas Públicas

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
							do paciente		
2.2.6. Reduzir o percentual de perda primária para consultas especializadas	Redução em 12% de taxa de perda de consulta.	Redução em 3% de taxa de perda de consulta.	Redução em 3% de taxa de perda de consulta.	Redução em 3% de taxa de perda de consulta.	Redução em 3% de taxa de perda de consulta.	Percentual de perda primária para consultas especializadas	Sistema Informatizado de Consultas especializadas	Número de consultas ofertadas menos consultas não agendadas/número de consultas ofertadas X100	Superintendência de Regulação e Políticas Públicas
2.2.7. Reduzir o percentual de perda primária para exames.	Redução em 12% de taxa de perda de exames.	Redução em 3% de taxa de perda de exames.	Redução em 3% de taxa de perda de exames.	Redução em 3% de taxa de perda de exames.	Redução em 3% de taxa de perda de exames.	Percentual de perda primária para exames	Sistema Informatizado de exames	Número de exames ofertadas menos exames não agendadas/número de exames ofertadas X100	DIRETORIA DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE
2.2.8. Aumentar a proporção de partos normais no SUS e na saúde suplementar	40%	30%	33%	36%	40%	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	SINASC	Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano/número de nascidos vivos de todos os partos de mães residentes no mesmo local e	GCV e GAST

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
								ano X 100	
2.2.9. Reduzir óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)		9%	8,75%	8,5%	8%	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	SIH/SUS	N.º de óbitos internações por IAM dividido pelo N.º total da internações por IAM X 100	
2.2.10. Ampliar de a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos.	0,35	0,28	0,3	0,32	0,35	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	S I A/SUS procediment o CÓD. 0204030188 mamografia bilateral para rastreamento /IBGE	Soma da frequência do número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento/ População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano / 2	GCV
2.2.11. Implantar o serviço laboratorial nas unidades de urgência e maternidades da SMS	17	09	16	17	17	Quantidade de laboratórios em unidades de saúde com atendimento de urgência e Maternidades	GAD	Quantidade de laboratórios proporcionais a quantidade de unidades (Nº ABSOLUTO)	DAS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
2.2.12. Implantar Hospital e Maternidade Oeste		1	-	-	-	Hospital e Maternidade Oeste implantado	DAS	Nº absoluto	DAS
2.2.13. Implantar Policlínicas com oferta de consultas especializadas	03	01	02	-	-	Nº Policlínicas implantadas	DAS	Nº absoluto	DAS
2.2.14. Ampliar o acesso ao atendimento de urgência e emergência nos serviços de assistência 24 horas	4 UPA's conforme distribuição regional de Goiânia (Distritos - prioridade)	02	02	-	-	Nº de UPAs implantadas	DAS	Nº absoluto	DAS
2.2.15. Implantar Hospital Municipal de Goiânia	01	-	-	01	-	Hospital Geral implantado	DAS	Nº absoluto	DAS
2.2.16. Implantar o procedimento de inserção de Dispositivo Intra Uterino (DIU) no pós parto nas Maternidades Nascer Cidadão e Hospital e Maternidade Dona Íris até 2018 e	3 maternidades	2	1	3	3	Número de Maternidades Municipais com inserção de DIU pós parto implantado	GCV e GAST	Número absoluto	GCV e GAST

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
Maternidade Oeste até 2019									
2.2.17. Implantar o procedimento de inserção de Dispositivo Intra Uterino (DIU) no pós aborto nas Maternidades Nascer Cidadão e Hospital e Maternidade Dona Íris até 2018 e Maternidade Oeste até 2019	3 maternidades	2	1	3	3	Número de Maternidades Municipais com inserção de DIU pós parto implantado	GCV e GAST	Número absoluto	GCV e GAST
2.2.18. Implantar Ambulatórios para Tratamento de Feridas Cutâneas Complexas.	03	01	01	01	-	Número Ambulatórios para Tratamento de Feridas Cutâneas Complexas implantados	DAS	Número absoluto	DAS
2.2.19. Implantar o serviço de próteses dentárias parciais removíveis no CRDT (Centro de Referência e Diagnóstico Terapêutico).	1760 próteses	200	520	520	520	Número de próteses parciais removíveis confeccionadas	CRDT	Número de próteses parciais removíveis confeccionadas	Gerência de Saúde Bucal

\* Estabelecer mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria específicos para o cumprimento do prazo estabelecido para o início do primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada (Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012).

**DIRETRIZ 2:** Ampliação e qualificação da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

**Objetivo 2.3:** Fortalecer e ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com os demais pontos de Atenção em Saúde e com outros pontos intersetoriais, ciclo de vida e equidade.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
2.3.1. Ampliar a cobertura de CAPS na rede de atenção psicossocial para população adulta.	0,80/100.000 (Habilitar/Converter de II para III os CAPS Novo Mundo, Noroeste e Sudoeste/Beija Flor)	0,70/100.000  (Converter 01 CAPS III na Região Leste (Novo Mundo)	0,72/100.000  (Habilitar 01 CAPS III na Região Noroeste)	0,75/100.000  (Converter 01 CAPS II em III na Região Sudoeste (Beija Flor)	0,80/100.000	Cobertura de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	CNES/IBGE	$(N.º \text{ CAPS I} \times 0,5) + (N.º \text{ CAPS II}) + (N.º \text{ CAPS III} \times X 1,5) + (N.º \text{ CAPS i}) + (N.º \text{ CAPS ad}) + (N.º \text{ CAPS ad III}) \times 1,5$ dividido pela população X 100.000	Diretoria de Redes Temáticas
2.3.2. Implantar um Serviço Residencial Terapêutico vinculado ao CAPS da Rede de Atenção	01 Serviço de Residência Terapêutica	-	Implantar 01 Serviço de Residência Terapêutica vinculada ao CAPS Vida	-	-	-	CNES	Número absoluto	Diretoria de Redes Temáticas

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
Psicossocial									
2.3.3. Converter e habilitar CAPS para população adulta que faz uso abusivo de álcool, crack e outras drogas.	Dois CAPS AD TIPO III, habilitado (Noroeste e Negrão de Lima e 01 convertido (Casa (tipo II) para CAPS AD III	Habilitar 01 CAPS AD III na Região Noroeste (CAPS AD III Noroeste)	Habilitar 01 CAPS AD III na Região Campinas/Centro (CAPS AD III Negrão de Lima/Ipê)	Converter 01 CAPS II para AD III (CAPS CASA) na Região Sul	-	Número de CAPS AD habilitados e convertidos	CNES	Número absoluto	Diretoria de Redes Temáticas
2.3.4. Ampliar a rede municipal de atenção psicossocial infantil e reorganizar o sistema de referência.	Municipalizar 01 CAPS i Estadual em CAPS i Municipal	-	01	-	-	CAPS convertido, habilitado e implantados	CNES	Número absoluto	Diretoria de Redes Temáticas
2.3.5. Descentralizar a emergência psiquiátrica em UPAS/CAIS por Distrito	Descentralizar 03 Unidades com atendimento de urgência psiquiátrica em 03 Distritos Sanitários	-	Potencializar os serviços oferecidos no CAIS Novo Mundo como piloto para outras unidades de urgência de	Potencializar os serviços oferecidos na UPA Noroeste para emergência	Potencializar os serviços oferecidos na UPA Itaipu para emergência psiquiátrica.	Serviços de emergências psiquiátricas descentralizadas e implantadas	Rede Temática	Número absoluto	Diretoria de Redes Temáticas

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
			Goiânia para emergência psiquiátrica	psiquiátrica.					
2.3.6. Implantar leitos em Hospital Geral, para atenção integral em saúde Mental, integrando a Rede de Atenção Psicossocial de Goiânia	31 leitos em Hospital Geral	04	10	09	08	Nº de leitos em saúde mental implantados em Hospital Geral	SIH	Número absoluto	Diretoria de Redes Temáticas
2.3.7. Implementar e fortalecer a estratégia de matriciamento em saúde mental, de forma a garantir o acompanhamento integrado dos casos na atenção básica e outros pontos da RAPS	90%	42,86%	50%	70%	90%	Proporção de ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	Código do procedimento: 03.01.08.030-5 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica registrado no BPAC do Sistema de Informação Ambulatorial - Siasus	Nº de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano / total de CAPS habilitados x 100.	Diretoria de Redes Temáticas

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
2.3.8. Implantar o Programa de Saúde Mental na Primeira Infância	01	01	-	-	-	Programa de Saúde Mental na Primeira Infância implantado	Diretoria de Redes Temáticas e Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde	Número absoluto	Diretoria de Redes Temáticas
2.3.9 Ampliar e diversificar os serviços de geração de trabalho e renda existentes (serigrafia, horta orgânica, culinária, costura e outros) na Rede de Saúde Mental	Implantar 04 serviços até 2021	-	Implementar um serviço	Implementar um serviço	Implementar um serviço	Nº de serviços implantados	Diretoria de Redes Temáticas	Número Absoluto	Diretoria de Redes Temáticas
2.3.10. Ampliar o número de atendimentos nos CERS	100%	25%	25%	25%	25%	Percentual de atendimentos no CERS em relação ao ano anterior	SIA	Número de atendimentos CERS no ano/ Número de atendimentos no CERS no ano anteriorX100	Diretoria de Redes Temáticas
2.3.11. Garantir o acesso das crianças com microcefalia (ZIKA E	100%	100%	100%	100%	100%	Percentual de crianças com microcefalia nas salas de estimulação	SIA/SINASC/SIRAM	Nº crianças com microcefalias nas salas de estimulação precoce nos	Diretoria de Redes Temáticas

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
STORCH) nas salas de estimulação precoce nos CERs						precoce nos CERs		CERs/Nº de crianças com microcefaliaX100	

**DIRETRIZ 3:** Redução e prevenção dos riscos e agravos à saúde da população por meio da promoção da saúde, da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis, doenças transmissíveis, acidentes e violências.

**Objetivo 3.1:** Fortalecer, ampliar e potencializar as ações de vigilância epidemiológica e de promoção da saúde no município.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
3.1.1. Implantar a Política Municipal de Promoção da Saúde em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde e com a	01	-	-	Institucionalizar a Política Municipal de Promoção à Saúde	-	Política Municipal de Promoção da Saúde elaborada e institucionalizada	SVS	Nº absoluto	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável									
3.1.2. Realizar captação, cadastro, armazenamento e processamento de informações para a incidência de câncer.	4 relatórios elaborados	01	01	01	01	Nº de relatório anual de incidência de base populacional	Gerente de DCNT	Nº absoluto	SUPGRAS
3.1.3. Realizar vigilância e análise dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito	Analisar 100% dos óbitos em consequência dos acidentes de trânsito	100%	100%	100%	100%	Percentual de análise dos óbitos relacionados a acidentes de trânsito realizada	Comissão de Dados do PVT	Nº de análise realizada no ano/quantidade prevista (04 – por trimestre)X100	SVS
3.1.4. Fortalecer as Notificações de Violências	70% das Unidades de Saúde com	45%	50%	60%	70%	Proporção de Unidades de Saúde com de	VIVA SINAN	Número de Unidades de Saúde municipal com Notificação de violências	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
Interpessoais e Autoprovocadas	notificação de violências interpessoais a autoprovocadas					notificação de violências interpessoais e autoprovocadas implantada		interpessoais e autoprovocadas/total de Unidades de Saúde X100	
3.1.5. Aumentar as notificações de violências interpessoais e autoprovocadas com o campo raça/cor preenchido com informação válida	95%	95%	95%	95%	95%	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	VIVA SINAN	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida/Total de Notificações Violências Interpessoais e Autoprovocadas X 100	SVS
3.1.6. Implementar a vigilância de tentativas de suicídio com o monitoramento em 24 horas	100%	25%	50%	75%	100%	Proporção pessoas que tentaram suicídio vinculadas aos serviços de referência em saúde mental.	VIVA SINAN e novo Sistema de Informações/CAPS	Número de pessoas que tentaram suicídio e foram vinculadas aos CAPS/Número de pessoas que tentaram suicídio X 100	SVS em articulação com SGRAS
3.1.7. Investigar óbitos de mulheres em idade fértil (MIF).	100%	100%	100%	100%	100%	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	SIM	Total de óbitos de MIF investigados, no módulo de investigação do SIM/ Total de óbitos de MIF no módulo de	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
						investigados.		investigação do SIM X 100	
3.1.8. Investigar os óbitos maternos	100%	100%	100%	100%	100%	Proporção de óbitos maternos investigados	SIM	Total de óbitos maternos investigados /total de óbitos maternos X 100	SVS
3.1.9. Investigar os óbitos infantis e fetais	100%	100%	100%	100%	100%	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	SIM	Total de óbitos infantis e fetais investigados/ Total de óbitos infantis e fetais ocorridos X 100	SVS
3.1.10. Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	96,5%	96,5%	96,5%	96,5%	96,5%	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	SIM	Total de óbitos não fetais com causa básica definida*/ Total de óbitos não fetais X 100. * Capítulo XVIII da CID-10	SVS
3.1.11. Encerrar os casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data	≥ 80%	≥65%	≥70%	≥75%	≥80%	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	SINAN	Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação/ Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação X 100.	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
de notificação.									
3.1.12. Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase	≥ 95%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 95%	≥ 95%	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	SINAN	Número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e curados até 31/12 do ano de avaliação/ Número total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes X 100.	SVS
3.1.13. Aumento da proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar Baculífera	≥ 85%	≥ 70%	≥ 75%	≥ 80%	≥ 85%	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar baculífera	SINAN	Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados / Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados X 100	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
3.1.14 . Reduzir os casos de malária	<2	<2	<2	<2	<2	Número de casos autóctones de malária	SINAN	Somatório do número de exames positivos de malária (códigos B50 a B54 da CID – 10) por local provável de infecção, excluídas LVC	SVS
3.1.15. Reduzir número de óbitos por dengue	≤ 10	≤ 15	≤ 12	≤ 10	≤ 10	Número de óbitos por dengue	SIM	Número absoluto	SVS
3.1.16. Reduzir a incidência de sífilis congênita	≤ 40	≤ 70	≤ 60	≤ 50	≤ 40	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	SINAN	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência	SVS
3.1.17. Reduzir a incidência de AIDS em menores de 05 anos	0	≤1	≤1	≤ 1	0	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	SINAN	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência	SVS
3.1.18. Aumentar a coberturas vacinais (CV) do Calendário Básico	100%	70%	75%	90%	95%	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de	SIPNI e SINASC	Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada/ vacinas selecionadas -	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
de Vacinação da Criança.						Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.		Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral X 100.	

**DIRETRIZ 3:** Redução e prevenção dos riscos e agravos à saúde da população por meio da promoção da saúde, da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis, doenças transmissíveis, acidentes e violências.

**Objetivo 3.2:** Ampliar e fortalecer a Promoção, Vigilância, Prevenção e Atenção Integral à Saúde do (a) Trabalhador (a) no Sistema Único de Saúde de Goiânia.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
3.2.1. Organizar fluxo e ampliar serviços de referência ao atendimento do trabalhador acidentado com material biológico em 8 unidades pactuadas na CIB	Ampliar o serviço de referência para 100% das unidades pactuadas para atendimento	85%	90%	95%	100%	Percentual de unidades pactuadas para o atendimento do acidentado com material biológico	SINAN	Número de unidades promovendo a assistência ao trabalhador acidentado com material biológico/ Número de unidades pactuadas (8) X 100	SVS
3.2.2. Fiscalizar indústrias de calçados e artefatos de couro,	Fiscalizar 289 estabelecimentos	70%	80%	90%	100%	Percentual de estabelecimentos fiscalizados.	SEDETEC	Número de estabelecimentos fiscalizados x Número de estabelecimentos	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
Galvanoplastia e Marmorarias.								existentes X 100	
3.2.3. Fiscalizar demandas provenientes do Ministério Público e outras áreas do Judiciário na área de Saúde do Trabalhador.	Fiscalizar 100% das demandas	100%	100%	100%	100%	Percentual de demandas fiscalizadas.	SEDETEC	Número de demandas recebidas/ Número de fiscalizações realizadas X 100	SVS
3.2.4. Fiscalizar primeiro alvará sanitário como sendo atividades de interesse da Saúde do Trabalhador.	Fiscalizar 70% do primeiro alvará	40%	50%	60%	70%	Percentual dos estabelecimentos fiscalizados para o primeiro alvará.	SEDETEC	Número de primeiros alvarás solicitados/Número de estabelecimentos fiscalizados X 100	SVS
3.2.5. Preencher campo ocupação nas fichas de notificação do Sistema de	100% das notificações	90%	95%	98%	100%	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).	Número de notificações de agravos com o campo "Ocupação" preenchido com o código da Classificação Brasileira de	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
Informação dos Agravos Relacionados ao trabalho.						trabalho.		Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo Sinan, em determinado ano e local de ocorrência do caso (excluir do processamento os registros cujo campo estiver em branco ou com a informação de ignorado)/Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência X 100.	
3.2.6. Notificar agravos relacionados ao trabalho	Ampliar o número de notificações de agravos em 20% até 2021	≥ 5098 agravos relacionados ao trabalho	≥ 5352 agravos relacionados ao trabalho	≥ 5619 agravos relacionados ao trabalho	≥ 5899 agravos relacionados ao trabalho	Percentual de notificações anuais de agravos relacionados ao trabalho	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).	Número dos agravos relacionados ao trabalho notificados /número de notificações programadas X 100	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
3.2.7. Ampliar o número de unidades notificantes de agravos relacionados ao trabalho	Ampliar o número de unidades notificantes em 20% até 2021	Ampliar para 151 unidades	Ampliar para 158 unidades	Ampliar para 166 unidades	Ampliar para 174 unidades notificadoras	Percentual de unidades Notificantes	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).	Numero de unidades notificantes /unidades programadas X 100	SVS

**DIRETRIZ 3:** Redução e prevenção dos riscos e agravos à saúde da população por meio da promoção da saúde, da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis, doenças transmissíveis, acidentes e violências.

**Objetivo 3.3:** Reduzir os riscos sanitários através da execução de ações de fiscalização e educação sanitária no município de Goiânia.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
3.3.1. Analisar os processos de liberação de alvará sanitário considerando a classificação de	Analisar 100% dos processos considerando o risco	100%	100%	100%	100%	Percentual de processos analisados	SEDETEC / DVISAM	Num. processos analisados/ Num. Processos cadastrados X 100	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
baixo e alto risco sanitário									
3.3.2. Manter anualmente o percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela vigilância sanitária.	Manter 100% de indústrias de medicamentos inspecionadas	100%	100%	100%	100%	Percentual de indústria de medicamentos inspecionadas pela vigilância sanitária	SEDETEC / DVISAM / Fonte SISPACTO: Sistema Canais e Sistema Datavisa	Nº de fiscalizações de indústrias de medicamentos /Nº de indústrias de medicamentos cadastrados na DVISAM X 100	SVS
3.3.3. Ampliar o percentual de fiscalização sanitária em estabelecimentos de alto risco sanitário, conforme RDC 153/ANVISA	Ampliar para maior ou igual a 80% o percentual de fiscalização sanitária em estabelecimentos de alto risco sanitário.	72%	75%	77%	80%	Percentual de cobertura de auditoria e fiscalização em estabelecimentos de classificados como alto risco	DVISAM	Nº estabelecimentos inspecionados / nº de estabelecimentos cadastrados na DVISAM X 100	SVS
3.3.4 . Realizar anualmente o monitoramento, em campo em amostras de água para consumo	Realizar anualmente 100% de monitoramentos	100%	100%	100%	100%	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano	Passo1 – Calcular a proporção de análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (PCT): N.º amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas/total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliforme totais X100	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez residual, conforme diretriz do Programa VIGIAGUA						aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	(SISAGUA)	<p>Passo 2 – Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro turbidez (PT):</p> <p><math>\text{N.º de amostras de água examinadas p/ o parâmetro turbidez realizadas} / \text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez} \times 100</math></p> <p>Passo 3 – Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro de cloro residual livre (PCRL):</p> <p><math>\text{N.º de amostras de água examinadas p/ o parâmetro cloro residual livre realizadas} / \text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro cloro residual livre} \times 100</math></p> <p>Passo 4 – Calcular a proporção de análises realizadas em amostra de água p/ consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez:</p> <p><math>1,2 \times \text{PCT} + 1,0 \times \text{PT} + 1,0 \times \text{PCRL}</math> dividido por 3,2</p>	

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
3.3.5. Acompanhar as queixas técnicas (QT) e os eventos adversos (EA) registrados no NOTIVISA	Acompanhar 100% dos registros	100%	100%	100%	100%	Percentual de registro de QT e EA no NOTIVISA	DVISAM	Total de QT e EA registradas / Total de QT e EA acompanhadas X100	SVS
3.3.6. Atender anualmente as denúncias oriundas da Ouvidoria da saúde até 2021.	Atender 100% das denúncias	100%	100%	100%	100%	Percentual de denúncias atendidas	Relatório 156 e Ouvidoria	N.º de denúncias atendidas / total de denúncias recebidas X 100	SVS
3.3.7. Realizar ações de vigilância sanitária pactuadas no Plano de Ação da Vigilância em Saúde (PAVS) anualmente	Realizar 100% ações pactuadas	100%	100%	100%	100%	Percentual de ações de vigilância sanitária realizadas considerando no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas	S I A/SUS	Se foram realizados até 6 grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, aplicar o cálculo abaixo:  (Número de grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas pelo município) / (6) X 100  - Se foram realizados os 7 grupos de ações de vigilância sanitária	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
						necessárias		consideradas necessárias, a meta atingida será 100%.  (Códigos no S I A: 01020072- Cadastros de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária 0102010528 – Instauração de Processo Administrativo Sanitário 0102010170 – Inspeção de Processo Administrativo Sanitário 0102010226 - Atividade Educativa para População 0102010056 – Atividade Educativa para a População 01020234 –Recebimento de Denúncia/Reclamações 0102010242 – Atendimento a Denúncias/Reclamações	
3.3.8. Elaborar e submeter a aprovação o novo Código Sanitário Municipal	01	01	-	-	-	-	DVISAM	Nº absoluto	SVS

**DIRETRIZ 3:** Redução e prevenção dos riscos e agravos à saúde da população por meio da promoção da saúde, da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis, doenças transmissíveis, acidentes e violências.

**Objetivo 3.4:** Aprimorar as ações da Vigilância Ambiental e controle das zoonoses para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
3.4.1. Atender as solicitações da população em relação às ocorrências relacionadas aos roedores, abelhas, caramujos, pombos, escorpiões e Morcegos.		100%	100%	100%	100%	Percentual de atendimentos às solicitações da população em relação à ocorrência de animais sinantrópicos.	EPIINFO/Zoonoses	Total de atendimentos/ Total de solicitações X 100	SVS
3.4.2 . Ampliar as						Número de ações de			SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
ações estratégicas de orientações e busca ativa (captura) de escorpiões para áreas consideradas de maior risco para a ocorrência de acidentes.	2700	800	1200	1800	2700	busca ativa de escorpiões	SINAN.	Número absoluto	
3.4.3. Investigar os casos de epizootias em PNH notificados ao DVCZ.		100%	100%	100%	100%	Percentual Epizootias em primatas não humanos investigados	Notificações espontâneas da população e Busca ativa no CETAS/IBAMA-GO.	Total de epizootias investigadas/Total de notificações X 100	SVS
3.4.4. Realizar investigação entomológica das notificações de		100%	100%	100%	100%	Percentual de notificações da ocorrência dos agravos investigadas	SINAN/Vigilância Epidemiológica	Total de Agravos investigados/Total de	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
doenças vetoriais autóctones (Febre Amarela, Febre Maculosa, Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar).								notificações X 100	
3.4.5. Realizar monitoramento entomológico do vetor Aedes aegypti	04 ciclos	04 ciclos	04 ciclos	04 ciclos	04 ciclos	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República (SIM-PR). Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCDD).	1º passo – Cobertura por ciclo: Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue/ Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado X 100. 2º passo – Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
3.4.6. Manter o índice de infestação do Aedes aegypti em 1% através de estratégias integradas.		1%	1%	1%	1%	Índice de infestação predial	Relatórios do LIRAA DVCZ	Nº de imóveis positivos/N de imóveis visitados x100	SVS
3.4.7. Fiscalizar os estabelecimentos sujeitos à inspeção sanitária com cadastrado no DVCZ.		100%	100%	100%	100%	Percentual de estabelecimentos fiscalizados	COMPLETE/SETEC	Nº estabelecimentos fiscalizados/estabelecimentos cadastrados X 100	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
3.4.8. Manter cobertura nas campanhas de vacinação antirrábica animal	≥ 80%	≥ 80%	≥80%	≥80%	≥ 80%	Percentual de animais vacinados contra raiva	Campanha Antirrábica DVCZ (Excel).	Número de cães vacinados/número de cães estimado x100.	SVS
3.4.9. Realizar coleta e envio de material encefálico para diagnóstico da raiva na população canina estimada, para vigilância epidemiológica da doença.	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	Percentual de amostras material encefálico coletadas de cães e enviadas para diagnóstico da raiva	DVCZ (EPIIFO).	Número de exames de raiva realizados em cães/ número estimado da população canina x100	SVS
3.4.10. Investigar os casos de Leishmaniose Visceral Canina (LVC) notificados ao	100%	100%	100%	100%	100%	Percentual de casos de LVC investigados	Notificações ao DVCZ.	Número de casos investigados/número de casos notificados ao DVCZ x100.	SVS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
DVCZ.									
3.4.11. Realizar exame sorológico para vigilância de LVC em cães recolhidos para eutanásia.	80%	60%	70%	80%	80%	Percentual de exames sorológicos de LVC realizados em cães recolhidos.	DVCZ (EPIINFO)	Número de exames sorológicos realizados em cães recolhidos / número total de cães recolhidos x100.	SVS

**DIRETRIZ 4:** Promoção da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

**Objetivo 4.1:** Promover o acesso com qualidade à Assistência Farmacêutica.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
4.1.1. Garantir o abastecimento da REMUME na rede de	Garantir 80% do abastecimento de medicamentos na REMUME	75%	80%	80%	80%	Percentual de fármaco da REMUME no almoxarifado	Sistema de Material e Patrimônio	Nº itens da REMUME no almoxarifado/358*100 Soma dos resultados mês /12	DAS/GAF

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
saúde.	no almoxarifado central								
4.1.2. Atualizar a Relação municipal de medicamentos (REMUME)	Nova lista publicada	Revisão da Lista Padronizada	Publicação da nova lista	-	-	Lista Publicada	Diário Oficial do Município	Nº absoluto	DAS/GAF
4.1.3. Garantir a assistência farmacêutica nas farmácias da rede conforme normatizado pela Lei Federal 13.021/2014	56 Farmácias regularizadas com a presença do farmacêutico durante o horário de funcionamento	Regularizar 15	Regularizar 20	Regularizar 21	-	Certidão de Regularidade Técnica Emitida pelo CRF	Gerência de Assistência Farmacêutica	Nº absoluto	DAS/GAF
4.1.4. Aumentar os registros no sistema de informação de	1188 procedimentos registrados	700	1000	1188	1188	Número de procedimentos registrados	Dashboard	Nº absoluto	DAS/GAF

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
procedimentos realizados pelo farmacêutico nas unidades de saúde									
4.1.5. Implantar Sistema de Distribuição de Medicamentos por dose individualizada nas Unidades de Urgência	12 unidades com dose individualizada de distribuição de medicamentos implantada	-	06 unidades (UPA Itaipu, UPA Noroeste, Campina s, Novo Mundo, Chácara, Cândida)	06 unidades (Finsocial, Goiá, Vila Nova, Guanabara, Jardim América, Amendoeiras)	12	Número de Unidades de Urgências com sistema de dose individualizada implantado	Sistema de Dispensação de Medicamentos	Nº absoluto	DAS/GAF
4.1.6. Informatizar todas as Farmácias da SMS onde se dispensa	Sistema de controle de estoque e dispensação de medicamentos implantados em 100% das	-	Sistema Implantado	100%	100%	Percentual de Farmácias da SMS onde se dispensa medicamentos informatizadas	Gerência de Assistência Farmacêutica	Nº Farmácias da SMS onde se dispensa medicamentos informatizadas/Nº total de Farmácias da SMS onde se dispensa	DAS/GAF

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
medicamentos	Farmácias da SMS onde se dispensa medicamentos							medicamentos X 100	

**DIRETRIZ 5:** Fortalecimento da Gestão do SUS.

**Objetivo 5.1:** Fortalecer a Política de Saúde de Goiânia, com qualificação dos investimentos, modernização administrativa e de infraestrutura tecnológica de informatização com aperfeiçoamento dos sistemas e gestão da informação, estabelecimento de processos, fluxos e prazos de trabalho para os atos de gestão.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
5.1.1. Informatizar e interligar toda rede municipal de saúde	100%	-	100%	100%	100%	Percentual de Unidades Informatizadas	Informática (SMS)	Nº Unidades informatizadas/Nº total de Unidades X 100	Superintendência de Administração e Gestão de Pessoas em articulação com Diretoria de Políticas de Saúde

**DIRETRIZ 5:** Fortalecimento da Gestão do SUS.

**Objetivo 5.2:** Consolidar a Política de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas e de Educação Permanente na Saúde Pública no município de Goiânia.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
5.2.1. Dimensionar a necessidade de pessoal da área técnica conforme capacidade instalada da Rede.	Dimensionamento por nível de Unidades (Grupo Homogêneo) em 100% da Rede assistencial (CSFs; UPA, CAIS, CAPS, CS, Centros de Especialidades , SAMU ) no total de	30%	60%	90%	100%	Percentual de Ambientes dimensionados	Relatórios DGDP	Numero de Unidades dimensionadas/ total de Unidades existentes X 100	DGDP
5.2.2. Diminuir o índice de rotatividade	Diminuição em 20% o número de remoções	10%	20%	20%	20%	Total de remoções realizadas	Relatórios DGDP (SILOS)	Número de remoções realizadas em 2017/ total de remoções realizadas X 100	DGDP
5.2.3. Substituir os Contratos Temporários-CTD e Credenciamentos por servidores	Reduzir em 60% os CTD e Credenciados	0%	20%	40% (cumulativa)	60% (cumulativa)	Percentual de trabalhadores efetivos	Relatório Folha de Pagamento	Numero de profissionais Contratados/numero de profissionais efetivos no ano X 100	DGDP

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
efetivos.									
5.2.4. Implantar e monitorar o ponto eletrônico digital na SMS	100%	50%	100%	100%	100%	Sistema de ponto digital implantado	Total de Unidades com ponto eletrônico implantado	Número de Unidades com ponto eletrônico/total de Unidades X 100	DGDP- GACP
5.2.5. Elaborar o Programa de Prevenção de Riscos ambientais - PPRA e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional- PCMSO	100%	50%	100%	50%	100%	Programa realizado de 02 em 02 anos	Relatórios Finais PPRA e PCMSO	Total de Unidades com Programa/ realizado - PPRA e PCMSO/total e Unidades X 100	DGDP/ SESMT
5.2.6. Fomentar a Mesa Municipal de Negociação Permanente	12 Reuniões	12 Reuniões	12 Reuniões	12 Reuniões	12 Reuniões	Número de reuniões realizadas	Atas das Reuniões	Número absoluto	DGDP
5.2.7. Instituir avaliação e planejamento integrados das atividades	100% das atividades educativas da SMS desenvolvidas conforme	25%	25%	25%	25%	Percentual de encontros de avaliação e	EMSP	Numero de atividades educativas desenvolvidas/ total do numero de atividades educativas planejadas X100	EMSP

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
educativas da SMS Goiânia	prioridades estabelecidas no planejamento e avaliação da SMS					planejamento realizadas no período			
5.2.8. Fortalecimento e ampliação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade - IESC	8 oficinas com objetivo de planejar e avaliar a integração ensino-serviço com instâncias da SMS, controle social e instituições de ensino (IESC)	25%	25%	25%	25%	Percentual de oficinas de avaliação e planejamento da integração ensino-serviço realizadas no período	EMSP	Numero de oficinas realizadas/ total do numero de oficinas planejadas X 100	EMSP
5.2.9. Formalizar e Operacionalizar o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde - COAPES	100% das Instituições de Ensino (IES) Superior solicitantes regularizadas por meio de da contratualização com SMS, conforme o COAPES	100%	100%	100%	100%	Percentual de IES contratualizadas com a SMS por meio do COAPES no período	EMSP	Numero de IES contratualizadas/ total de IES que solicitaram contratualização X 100	EMSP
5.2.10. Implementar núcleos de educação permanente em	04 NEPS distribuídos em 04 diferentes regiões de saúde e/ou unidades da SMS	25%	25%	25%	25%	Percentual de NEPS criados no período	EMSP	Quantidade de NEPS implementados/ Quantidade de NEPS planejados X 100	EMSP

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
saúde - NEPS nas regiões de saúde e unidades da SMS									

**DIRETRIZ 5:** Fortalecimento da Gestão do SUS.

**Objetivo 5.3:** Fortalecer a gestão democrática do SUS, ampliando a participação social e os canais participativos na formulação e no controle da execução da política municipal de saúde, aprimorando os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
5.3.1. Melhorar a estrutura de funcionamento do CMS através de apoio à reestruturação de sua secretaria executiva e conforme preconizado no Artigo Art. 11 e seus parágrafos da Lei N° 8.088, de 10 de janeiro de 2002 que cria o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Goiânia e dá outras providências, assessorias específicas	100% da composição da Secretaria Executiva, conforme Artigo 11 da Lei N° 8.088, de 10 de janeiro de 2002 que cria o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Goiânia	75%	100%	100%	100%	Percentual de profissionais lotados e desempenhando suas funções no CMS	Sistema RH	Número de profissionais conforme art. 11 da Lei n° 8.088/2002/N° de profissionais lotados X100	Secretaria Executiva do CMS/SMS

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
5.3.2. Investir na formação dos (as) conselheiros de saúde para o exercício da sua função e outros temas, com a construção de um cronograma permanente em articulação e parceria com a Escola Municipal de Saúde Pública e outras Instituições.	40 cursos/capacitações realizadas	10 cursos/capacitações	10 cursos/capacitações	10 cursos/capacitações	10 cursos/capacitações	Nº de conselheiros (as) capacitados (as) ou Número de capacitações realizadas por ano	Sistema na Escola/Relatório específico do CMS	Nº absoluto	Secretaria Executiva do CMS/SMS
5.3.3 Articular e apoiar a criação de caixas de sugestões, críticas e elogios em todas as unidades da SMS por meio de instrumento padronizado com sua atualização periódica.	100% das Unidades de Saúde caixas de sugestões, críticas e elogios em funcionamento.	50%	75%	100%	100%	Percentual de Unidades de Saúde com caixas de sugestões, críticas e elogios em funcionamento	Relatório por DS Ou Criação de tela específica em algum Sistema	Nº de Unidades de Saúde com caixas de sugestões/Nº total de Unidades X100	Secretaria Executiva do CMS/SMS
5.3.4. Fortalecer a Ouvidoria enquanto instrumento de qualificação de instrumentos de gestão.	80% de demandas satisfatórias nas unidades da SMS	80%	80%	80%	80%	Proporção de conclusões com data provável, para o período de mediação com todas as demandas concluídas com	Sistema Informação de Ouvidoria do SUS – SIOUVESUS	Número total de manifestação na Ouvidoria (SMS,SES E DOGES) X 100 Total de demandas satisfatórias na	Gerência de Ouvidoria em Saúde

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
						índice de satisfação		SMS  OBS: no calculo do numerador considerar manifestações originadas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Secretaria Estadual e Saúde (SES) e Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/MS), na qual são somadas.	
5.3.5. Realizar a 10ª Conferência Municipal de Saúde em 2019 e as etapas que a antecedem	01 Conferência realizada	Agendas preparatórias	1	-	-	Conferência Municipal de Saúde realizada	Relatório da 10ª Conferência Municipal de Saúde	Nº absoluto	Secretaria Executiva do CMS/SMS
5.3.6. Fortalecer os Conselhos Locais de Saúde, Fóruns e Conselhos Distritais com a implantação e	07 Comitês Intersetoriais Locais para fortalecimento da Atenção integral a saúde.	-	02	02	03	Número de Conselhos Distritais implantados	Secretaria Executiva do CMS/Distritos Sanitários	Nº absoluto	Secretaria Executiva do CMS/Distritos Sanitários.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
implementação dos Conselhos Distritais.									

**DIRETRIZ 5:** Fortalecimento da Gestão do SUS.

**Objetivo 5.4:** Estabelecer mecanismos de regulação e controle do acesso aos exames/procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
5.4.1. Manter a Central de Regulação funcionando		100%	100%	100%	100%	Número de centrais funcionando	Superintendência de Regulação e Políticas Públicas	Nº absoluto	Superintendência de Regulação e Políticas Públicas

**DIRETRIZ 6:** Ampliação dos Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

**Objetivo 6.1:** Ampliar a rede física da Secretaria Municipal de Saúde melhorando o acesso da população aos serviços de saúde com financiamento adequado e sustentável que atenda às necessidades da Rede de Atenção à Saúde e da população.

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
6.1.1. Construir sede própria do Centro de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.	Construir 01 Centro de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (CRASPI) até 2021	-	-	-	Construir 01 CRASPI	Número de Centro de Referência em Atenção á Saúde da Pessoa Idosa construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6..1. 2. Construir 01 Unidade hospitalar (Hospital e Maternidade Oeste	01	01	-	-	-	Número de maternidade construída	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.3. Construir Hospital Municipal de	01	-	-	01	-	Hospital Geral construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
Goiânia									
6.1.4. Construir Academias da Saúde	05	05	-	-	-	Nº Academias da Saúde construídas	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.5. Construir CSF Alto do Vale	01	-	01	-	-	CSF Alto do Vale construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.6. Construir CSF São Carlos	01	-	01	-	-	CSF São Carlos construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.7. Construir CSF Itaipu	01	01	-	-	-	CSF Itaipu construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.8. Construir CSF Recanto do Bosque	01	-	01	-	-	CSF Recanto do Bosque construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.9. Construir CSF Senador Albino	01	-	01	-	-	CSF Senador Albino construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.10. Ampliar UPA Chácara do	01	01	-	-	-	UPA Chácara do Governador	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
Governador						ampliada			
6.1.11. Ampliar UPA Novo Mundo	01	-	01	-	-	UPA Novo Mundo ampliada	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.12. Ampliar UPA Novo Horizonte	01	-	01	-	-	UPA Novo Horizonte ampliada	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.13. Construir CSF Santa Helena	01	-	01	-	-	CSF Santa Helena construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.14. Construir CSF Jardim Planalto (contempla Colorado)	01	01	-	-	-	CSF Jardim Planalto construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.15. Ampliar UBS Balneário Meia Ponte	01	-	01	-	-	UBS Balneário Meia Ponte ampliada	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.16. Construir CSF Aruanã III (Vale do Araguaia)	01		01	-	-	CSF Aruanã III construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
6.1.17. Construir CSF Vila Pedroso (Mar Del Prata)	01	-	01	-	-	CSF Vila Pedroso construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.18. Construir CSF Andréia Cristina	01	-	01	-	-	CSF Andréia Cristina construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.19. Construir CSF Eldorado Oeste	01	-	01	-	-	CSF Luana Park construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.20. Ampliar UPA Jardim América	01	01	-	-	-	UPA Jardim América ampliada	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.21. Construir Hospital Campinas	01	-	-	-	01	Hospital Campinas construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.22. Construir CSF Vale dos Sonhos	01	-	01	-	-	CSF Vale dos Sonhos construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.23. Construir CSF Condomínio das	01	-	01	-	-	CSF Condomínio das Esmeraldas construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
Esmeraldas									
6.1.24. Construir CSF Santa Fé	01	-	01	-	-	CSF Santa Fé construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.25. Ampliar UPA Guanabara	01	-	01	-	-	UPA Guanabara ampliada	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.26. Construir CSF Jardim Curitiba II e IV (juntos)	01	-	-	-	01	CSF Jardim Curitiba II/IV construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.27. Reformar CSF Conjunto Vera Cruz I	01	-	-	-	01	CSF Conjunto Vera Cruz I reformado	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.28. Reformar Centro de Saúde Parque Industrial João Braz	01	-	-	01	-	Centro de Saúde Parque Industrial João Braz reformado	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.29. Construir CSF Ytapuã	01	-	-	-	01	CSF Ytapuã construído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.30. Reformar CSF Vila Regina	01	-	-	-	01	CSF Vila Regina reformado	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa

Ações	Meta PMS até 2021 (2018 A 2021)	Meta Anual/Programação				Indicador	Fonte	Fórmula de cálculo	Responsável
		2018	2019	2020	2021				
6.1.31. Reformar CSF Buena Vista	01	01	-	-	-	CSF Buena Vista reformado	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.32. Reformar CSF Goiânia Viva	01	01	-	-	-	CSF Goiânia Viva reformado	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.33. Reformar CSF Riviera	01	-	-	-	01	CSF Riviera reformado	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa
6.1.34. Concluir a obra do CERESTE	01	-	-	01	-	CERESTE concluído	Diretoria Administrativa	Número absoluto	Diretoria Administrativa

### 9 - VALORES PREVISTOS POR DIRETRIZES NO PLANO PLURIANUAL – 2018 A 2021\*

DIRETRIZ	2018 (R\$)	2019 (R\$)	2020 (R\$)	2021 (R\$)
Expansão, fortalecimento e efetivação da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, aprimorando	90.438.000,00	95.863.000,00	101.825.000,00	107.151.000,00

<b>DIRETRIZ</b>	<b>2018 (R\$)</b>	<b>2019 (R\$)</b>	<b>2020 (R\$)</b>	<b>2021 (R\$)</b>
a Política de Atenção Básica.				
Ampliação e qualificação da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.	520.133.000,00	551.342.900,00	585.638.800,00	616.262.600,00
Redução e prevenção dos riscos e agravos à saúde da população por meio da promoção da saúde, da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis, doenças transmissíveis, acidentes e violências.	20.989.000,00	22.248.000,00	23.632.000,00	24.868.000,00
Promoção da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.	13.673.000,00	14.493.000,00	15.395.000,00	16.200.000,00
Fortalecimento da Gestão do SUS.	564.777.000,00	598.663.100,00	635.899.200,00	669.160.400,00
Ampliação dos Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.	59.721.000,00	63.304.000,00	67.241.000,00	70.759.000,00
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))	4.507.000,00	4.778.000,00	5.075.000,00	5.340.000,00
<b>Total (em reais – R\$)</b>	<b>1.274.238.000,00</b>	<b>1.350.692.000,00</b>	<b>1.434.706.000,00</b>	<b>1.509.741.000,00</b>

Fonte: LEI N° 10.109, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2017 que dispõe sobre o Plano Plurianual para o quadriênio 2018-2021.



## **10. COMENTÁRIOS FINAIS**

O modelo de atenção à saúde, proposto para o município de Goiânia, baseia-se nos seguintes eixos de intervenção:

### **Atenção integral e resolutive à saúde**

Vê o usuário dentro de seu contexto, ou seja, como uma pessoa que pertence a uma família e a uma comunidade. A estratégia da saúde da família é uma forma de organização de serviços com cobertura de 55% (agosto de 2017) da população do município. Foi escolhida como estruturante do novo modelo de atenção.

Existem hoje 187 equipes de saúde da família implantadas no município e 90 equipes de saúde bucal integradas à saúde da família. Atualmente, mesmo as unidades de saúde tradicionais seguem algumas diretrizes da estratégia de saúde da família como a adscrição de clientela, vigilância à saúde, resolutividade e humanização.

A organização da atenção por ciclos de vida é outra forma de garantir que a premissa da integralidade e resolutividade seja garantida, já que a cada fase da vida corresponde um conjunto de ações que devem ser executadas por cada unidade de saúde.

### **Atendimento humanizado**

O usuário, mais que atendido, deve ser acolhido. A atenção humanizada conta com equipes de acolhimento responsáveis por escutar cada um, fazendo a classificação de risco de suas queixas e respondendo de maneira adequada aos seus anseios.

### **Vigilância à saúde**

Desenvolve-se de maneira integrada, articulada e descentralizada, promovendo a vigilância ambiental e da saúde do trabalhador, sanitária, epidemiológica, de violências e acidentes, de doenças não transmissíveis e transmissíveis, além do monitoramento de agravos como o óbito infantil e materno, dengue, hipertensão, diabetes, internação por causas específicas, dentre outros.

### **Promoção da Saúde e intersetorialidade**

As ações e as prioridades se articulam em vários níveis por meio dos conselhos municipais e locais de saúde, instituições privadas, governamentais e do terceiro setor, viabilizando as negociações e os pactos dos recursos e otimizando os projetos.

### **Fortalecimento das instâncias de controle social**

A participação popular no planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações e serviços prestados não é vista apenas como uma obrigação legal, mas como prática fundamental para a construção de um modelo de atenção democrático, comprometido com a consolidação do SUS e com a qualidade de vida das pessoas.

### **Ações estratégicas**

As ações de assistência à saúde em Goiânia são desenvolvidas dentro da perspectiva dos ciclos de vida. Focam as necessidades biológicas, emocionais e sociais da pessoa, por meio da assistência, prevenção e promoção da saúde para indivíduos, famílias e comunidade.

As equipes são multiprofissionais e as ações interdisciplinares. Procuram enfatizar os principais problemas de saúde da comunidade, além de dar atenção especial aos grupos vulneráveis. Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde procura se articular, intersetorialmente, com as várias políticas públicas, por meio dos seguintes programas e das ações estratégicas:

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher;
- Programa voltado população negra – conforme especifica a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN);
- Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança;
- Programa de Imunização;
- Programa de Saúde do Adolescente;
- Programa de Assistência à Saúde do Idoso;
- Programa de Enfrentamento à Obesidade;
- Programa de Controle de Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus;
- Programa de Controle da Tuberculose e da Hanseníase;
- Programa de Controle da Dengue;
- Programa de Prevenção às DST/AIDS;
- Programa de Atenção ao Tabagismo, ao Alcoolista e ao Usuário de Drogas;
- Programa de Controle de Zoonoses;
- Programa de Saúde do Trabalhador;
- Programa de Saúde Bucal;
- Assistência à Saúde Mental;
- Assistência Farmacêutica;

- Programa de Atendimento Domiciliar;
- Programa de Qualidade e Humanização do Atendimento;
- Estratégia de Saúde da Família;
- Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU);
- Ações voltadas para população indígena;
- Integração Ensino-Serviço;
- Educação Promotora de Saúde;
- Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes e Promoção de Cultura de Paz;
- Programa Vida no Trânsito, dentre outros.

### **Cenário desejado**

No século 21, para promover os avanços necessários na área da saúde, é imprescindível reorientar o modelo clínico dominante. Centrado na doença, esse padrão deve ser trocado por um modelo em consonância com os princípios do SUS, especialmente os da universalidade, assegurando o direito de todos à saúde e à equidade, oferecendo mais aos menos providos de recursos.

Neste cenário a Secretaria Municipal de Saúde continuará a priorizar as diretrizes de expansão, fortalecimento e efetivação da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde, ampliação e qualificação da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, redução e prevenção dos riscos e agravos à saúde da população por meio da promoção da saúde, da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis, doenças transmissíveis, acidentes e violências, promoção da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, fortalecimento da Gestão do SUS e ampliação dos investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Para que essas diretrizes sejam fortalecidas necessário que se fortaleça a descentralização para que não se restrinja apenas a um processo administrativo, mas, sobretudo, avançar ao criar e efetivar um modelo de atenção apto a exercer vigilância à saúde e promoção da saúde. Os Distritos Sanitários configuram-se como um movimento de democratização da gestão política de saúde do município.

O processo de reestruturação da política de saúde em Goiânia coloca como desafio a implementação de mudanças que permitam enfrentar, de forma corajosa e urgente, os problemas observados.

Nesse sentido, é imprescindível a implementação do processo de descentralização do sistema de saúde, definindo diretrizes que provoquem mudanças radicais no modelo

preventivo, assistencial e promocional, ultrapassando o campo das correções técnicas ou administrativas, promovendo alterações nos métodos de trabalho dos serviços de saúde.

A expansão da rede própria de saúde deverá ser enfrentada pela gestão e pelos próximos gestores. Além disso, é necessário mudar as unidades instaladas em imóveis locados para edifícios próprios, construídos em áreas públicas.

Os fatores condicionantes e determinantes da saúde ou da doença são complexos e múltiplos. Por isso, a intersectorialidade passa a ser fundamental como prática de ação política e gestão da saúde. Também vale lembrar que a saúde da população depende da oferta de bens geradores de qualidade de vida como a educação, a renda, o trabalho, a habitação, a segurança, o saneamento, o lazer e outros.

Quanto à reforma sanitária, é importante reconhecer que a descentralização da saúde é um dos aspectos que abrem possibilidade de organizar melhor o sistema. Por outro lado, a criação de instâncias administrativas descentralizadas e permeáveis ao constante controle da população não é uma tarefa fácil. Sua implementação exige um processo de mudança cultural que implica em uma contínua alteração das relações de poder dos gestores e da sociedade civil.

Para aumentar a expectativa de vida do goianiense, além de medidas que visem a diminuição da mortalidade infantil e materna, são necessárias intervenções que reduzam as mortes por causas externas, principalmente entre os mais jovens e de doenças crônicas não transmissíveis bem como seus fatores de risco.

Finalmente, na cidade que desejamos, as políticas de saúde, certamente, devem se pautar pela ampla participação da sociedade e pela maior descentralização possível do seu sistema operacional.

## 11 – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. 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, 2016. Brasil.
2. 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, 2016.
3. 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, 2015.
4. 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.
5. 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.

6. 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, 2015.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Plano Municipal de Saúde de Goiânia 2014 a 2017. Goiânia, 2014.

**Sites:**

11. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>
12. <http://siops.datasus.gov.br/reindicadoresmun2.php?escmun=3>
13. <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
14. <http://svs.aids.gov.br/dvdantps/dashboard/mortalidade/cid10/>
15. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/goiania/panorama>
16. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv43063.pdf>
17. [http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li\\_Atlas2013](http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013)
18. [http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil/goiania\\_go#caracterizacao](http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil/goiania_go#caracterizacao)
19. [http://www.imb.go.gov.br/perfilweb/Estatistica\\_bde.asp](http://www.imb.go.gov.br/perfilweb/Estatistica_bde.asp)
20. Lei N.º 10, 20 de dezembro de 2017, dispõe sobre o Plano Plurianual para o quinquênio 2018 a 2021 da Prefeitura de Goiânia.