

**DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL
SAÚDE
MATERNO INFANTIL**



**TRIBUNAL DE CONTAS
DO ESTADO DE GOIÁS**

Auditores de Controle Externo:
Gláucia Renata de Sousa
Isadora Ayres Arantes de Paiva
João Pedro Moraes de Sousa
Luiz Felipe de Souza Elicker
Michely Bonsólio Barbosa
Valter Mário Canedo Filho

Coordenação:
Vânia Mara de Souza e Silva

Supervisão:
Ana Paula Rocha e
Conselheiro Relator:
Sebastião Tejota;

Goiânia / GO
Ano 2025



Quadro 1 - Metas dos ODS relacionadas à saúde materno-infantil.....	8
Quadro 2 - Taxa de natalidade, por ano, segundo as macrorregiões de saúde de Goiás	13
Quadro 3 - Estrutura do Projeto de Saúde Materno-Infantil em Goiás	17
Quadro 4 - Leis Estaduais Maternos-Infantil de Goiás (2017 -2025).....	22
Quadro 5 - óbitos infantis estratificados em Goiás no período de 2014 a 2023.....	26
Quadro 6 - Critérios para definição de morbidade materna grave	27
Quadro 7 - Unidades de saúde visitadas para elaboração do Diagnóstico Situacional	33
Quadro 8 - Quantidade de entrevistas por tipo de unidade visitada	35
Quadro 9 - Principais serviços oferecidos na área materno-infantil pelo total de hospitais visitados	37
Quadro 10 - Principais serviços oferecidos na área materno-infantil pelo total de policlínicas visitadas	37
Quadro 11 - Quadro resumo das principais características e desafios das policlínicas e hospitais	42
Quadro 12 - Recursos Destinados para a Saúde Materno-Infantil	50
Quadro 13 - Recursos Efetivamente Transferidos para as Unidades.....	51
Quadro 14 - Recursos com Possível Impacto na Saúde Materno-Infantil	51
Quadro 15 - Recursos Transferidos a Entidades com Possível Atendimento na Saúde Materno-Infantil	52
Quadro 16 - Fonte/Destinação de Recurso para a Saúde Materno-Infantil	53



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Demonstração às parteiras, no Curso para Visitadoras Sanitárias (PA), década de 1940.....	15
Figura 2 - órfãs e o novo Orphanato São José (1960).	16
Figura 3: Unidades de saúde visitadas por macrorregião de saúde do Estado de Goiás.....	34
Figura 4: Nuvem de palavras - principais obstáculos atendimento à gestante	39
Figura 5 - Nuvem de palavras - principais melhorias sugeridas pelos profissionais de saúde e gestores	44



Gráfico 1 - Percentual de nascidos vivos no ano por faixa etária da mãe em Goiás.	12
Gráfico 2 - Evolução da Razão de Mortalidade Materna em Goiás (2014-23)	24
Gráfico 3 - Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em Goiás (2014-23).....	25
Gráfico 4 - Proporção de óbitos infantis por causas evitáveis e não evitáveis em Goiás (2014-2024).....	26
Gráfico 5 - Porcentagem de mulheres com mais de sete consultas de pré-natal	28
Gráfico 6 - Percentual de partos cesáreos em Goiás (2014-2023)	30
Gráfico 7 - Percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em Goiás (2014-2023)	30
Gráfico 8 - Percentual de crianças de até 6 meses de idade com aleitamento materno exclusivo em Goiás (2014-2023)	31
Gráfico 9 - Recursos Recebidos pelo Estado por Ação do MAC – 2024.....	55



LISTA DE SIGLAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
CRE	Central de Regulação do Estado
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
DNCr	Departamento Nacional da Criança
HCN	Hospital Estadual do Centro Norte
HEMU	Hospital Estadual da Mulher Dr. Jurandir do Nascimento
HMI	Hospital Materno Infantil
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MNC	Maternidade Nascer Cidadão
NV	Nascidos Vivos
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
OVG	Organização das Voluntárias de Goiás
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PAS	Programação Anual de Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PPA	Plano Plurianual
PPP	Pré-parto, parto e pós-parto
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE-GO	Tribunal de Contas do Estado de Goiás
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. CONTEXTO SOCIOECONOMICO E DEMOGRÁFICO.....	11
2.1. Perfil demográfico de Goiás	11
3. VISÃO GERAL DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS EM SAÚDE MATERNOINFANTIL EM GOIÁS	13
3.1. Início do Século XX.....	13
3.2. Do Estado Novo à Década de 1970	14
3.3. Década de 1980: da Atenção Integral às Bases do SUS	17
3.4. Anos 1990: Consolidação do SUS e Expansão da Atenção Básica	18
3.5. Século XXI: Novos Programas, Qualificação da Rede e Desafios Atuais	19
4. ANÁLISE DE INDICADORES DE SAÚDE MATERNOINFANTIL.....	23
4.1. Mortalidade Materna	23
4.2. Mortalidade Infantil	24
4.3. Morbidade Materno -Infantil	26
4.4. Cobertura e Qualidade da Atenção Pré -Natal.....	28
4.5. Assistência ao Parto e Puerpério	29
4.6. Aleitamento Materno	31
5. VISITAS IN LOCO REALIZADAS PELA EQUIPE DE AVALIAÇÃO	32
5.1. Metodologia	32
5.2. Análise dos dados	35
5.2.1. Avaliação do Resultado da Pesquisa Piloto	35
5.2.2. Serviços Materno-infantis Oferecidos.....	36
5.2.3. Infraestrutura.....	37
5.2.4. Recursos Humanos.....	38
5.2.5. Atendimento à Gestante.....	38
5.2.6. Atendimento à Criança.....	40
5.2.7. Governança e Processos	40
5.2.8. Sangue e Hemoderivados.....	41
5.3. Principais problemas identificados	42
5.4. Interpretação dos resultados	46
5.5. Conclusão	47
6. ASPECTO ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO.....	48

6.1.	Programas e Ações Orçamentárias Relacionados à Saúde Materno -Infantil ..	48
6.2.	Análise da Alocação Orçamentária	49
6.3.	Execução Financeira	50
6.4.	Fontes de Recursos e Sustentabilidade	53
6.5.	Regionalização e Equidade na Distribuição dos Recursos	56
6.6.	Articulação com o Planejamento Estadual	56
REFERÊNCIAS.....		60



1. INTRODUÇÃO

As mortalidades materna, neonatal e infantil são indicadores essenciais de saúde, refletindo as condições sociais, econômicas e de qualidade de vida da população. Altas taxas ou sua estagnação representam problemas sérios de saúde pública, indicando fragilidades estruturais e baixa qualidade dos serviços de saúde, desde o planejamento reprodutivo até a assistência pós-parto e à criança.

Esses indicadores revelam desigualdades socioeconômicas e dificuldades no acesso à saúde, principalmente para populações vulneráveis, como mulheres rurais, indígenas, negras, pessoas em situação de rua ou de baixa renda. Como essas mortes são frequentemente evitáveis, caracterizam graves violações dos direitos humanos, expondo falhas estruturais nos sistemas de saúde e proteção social.

Além disso, a mortalidade materna gera impacto social e econômico significativo, afetando diretamente a estrutura familiar e a comunidade. Crianças órfãs estão mais expostas ao abandono, negligência e dificuldades econômicas e emocionais, alimentando ciclos de vulnerabilidade e desigualdade intergeracional.

A relevância desse tema está alinhada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)¹ propostos pela Organização das Nações Unidas. Especialmente o ODS 3 (Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades), o ODS 5 (Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas) e o ODS 10 (Reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países) dialogam diretamente com as metas de redução da mortalidade materna, neonatal e infantil.

Nesse sentido, verifica-se que a agenda da saúde materno-infantil está relacionada, de forma transversal, aos diversos ODS. Contudo, considerando sua importância estratégica, foram definidas ações e metas diretamente vinculadas a essa temática, tais como:

Quadro 1- Metas dos ODS relacionadas à saúde materno-infantil

ODS	Descrição
ODS2 - Fome zero e agricultura sustentável	2.2 Até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição, incluindo atingir, até 2025, as metas acordadas internacionalmente sobre nanismo e caquexia em crianças menores de cinco anos de idade, e atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas.
ODS3 - Saúde e bem-estar	3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.

¹ Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em 08 abr. 2025.

	<p>3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos.</p> <p>3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.</p> <p>3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.</p> <p>3.c Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento</p>
ODS5 - Igualdade de gênero	<p>5.6 Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.</p>

Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas adaptado de ONU (2025).

Considerando a relevância do tema e a reestruturação da Política de Atenção à Saúde Materno Infantil, vislumbrou-se a oportunidade de realizar um diagnóstico situacional da referida política. A elaboração desta análise de contexto visa estabelecer um parâmetro para futuras avaliações na mesma política, a fim de verificar se a implementação das atividades previstas conseguiu produzir os efeitos esperados.

Dessa forma, este diagnóstico situacional abrange o período de 2014 a 2023, incluindo dados históricos e recentes sobre a saúde materno-infantil no estado de Goiás. Utilizou-se a abordagem quantitativa, baseada principalmente em dados oficiais extraídos de bases de dados públicas como Observatório de Políticas Públicas e o Portal da Primeira Infância, ambos do TCE-GO, complementados por pesquisas de campo, sites governamentais e relatórios gerenciais. Alguns dados estão disponíveis preliminarmente para o ano de 2024, portanto, nesses casos, eles serão considerados.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabeleceu o modelo organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) respaldado em três pilares: hierarquização, rede e regionalização, conforme preceitua o art. 198². A hierarquização visa garantir acesso aos serviços públicos de saúde, desde o nível mais simples ao mais complexo.

² “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”.

Nessa concepção inicial de hierarquia do sistema de saúde, são definidos três níveis conforme a complexidade dos serviços: primário (menor complexidade), secundário (complexidade intermediária) e terciário (maior complexidade). No nível primário, o atendimento ocorre nas unidades básicas de saúde (UBS) e em locais próximos à vida cotidiana das comunidades, inclusive nas próprias residências dos usuários. Idealmente, o acesso aos serviços de saúde deve ocorrer preferencialmente neste nível primário de atenção.

Ainda em relação à hierarquia, a organização do fluxo de usuários no SUS determina que as pessoas sejam encaminhadas de serviços menos complexos para aqueles de maior complexidade e vice-versa. O encaminhamento de um serviço menos complexo para outro mais complexo é denominado referência. Já o caminho inverso, ou seja, o encaminhamento do serviço mais complexo para um de menor complexidade, é chamado contrarreferência (Oliveira *et al.*, 2021).

Contudo, o desenvolvimento do SUS e o aperfeiçoamento dos modelos organizacionais dos serviços levaram à criação de estruturas que superam essa lógica hierárquica tradicional, colocando a atenção primária e os cuidados especializados no mesmo nível. Essas novas estruturas são conhecidas como redes de atenção à saúde, que adotam fluxos horizontais em vez da organização piramidal tradicional. Diversas políticas de saúde foram organizadas em redes, incluindo iniciativas do Governo Federal, como a Rede Cegonha (Portaria GM/MS nº 1.459/2011³) e a Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3.088/2011⁴).

No que se refere às Rede de Atenção à Saúde, relevante mencionar conceituação contida no anexo da Portaria MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010⁵: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Outro conceito basilar em relação à organização das redes de saúde no SUS contido no art. 198 da CF/88 é o da regionalização. Em obediência a esse dispositivo, o Decreto nº 7.508/2011 introduziu o conceito de Região de Saúde:

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura

2. CONTEXTO SÓCIO ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Goiás apresenta um perfil majoritariamente urbano, com indicadores socioeconômicos relativamente favoráveis no contexto nacional, embora ainda marcado por expressivas desigualdades. Essas disparidades tornam-se especialmente evidentes quando se analisa quem, onde e em que condições as mulheres engravidam e as crianças nascem no estado.

Em 2023 o estado registrou o 2º menor índice de extrema pobreza do Brasil (1,3%)⁷, renda domiciliar per capita de R\$ 2.098 (2024)⁸ e índice de desenvolvimento humano de 0.737 (2021).

Por outro lado, a gravidez na adolescência é uma questão preocupante em Goiás. Essas jovens mães frequentemente enfrentam desafios adicionais, como interrupção da educação, dificuldades econômicas e acesso limitado a serviços de saúde e apoio social. Apesar disto, a proporção de gravidez na adolescência vem diminuindo, tendo passado de 19,3% em 2010 para 13% em 2021 (Moura *et al.*, 2025).

As desigualdades raciais também se expressam de forma contundente nos indicadores de saúde materno-infantil. Em 2023, 82% dos nascidos vivos em Goiás eram de jovens negras (pretas e pardas), enquanto apenas 16% eram de jovens brancas. Situação semelhante é observada na mortalidade materna, tendo no mesmo período 71% das mortes materna de mulheres negras contra 29% de mulheres brancas em Goiás.

Esses fatores reforçam a influência dos determinantes sociais sobre os desfechos em saúde e ajudam a compreender os desafios persistentes no estado. Em 2023, Goiás apresentou uma razão de mortalidade materna de 50,1 por 100 mil nascidos vivos e uma taxa de mortalidade infantil de 14,04 por mil nascidos vivos, de acordo com dados do Observatório de Políticas Públicas do Tribunal de Contas do Estado de Goiás (TCE-GO).

2.1. Perfil demográfico de Goiás

O Censo 2022 aponta a existência de 7,06 milhões de habitantes em Goiás, sendo que 93,19% vivem em áreas urbanas, mantendo Goiás entre os estados mais urbanizados da

⁶ BRASIL, Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 15 de abr. 2025.

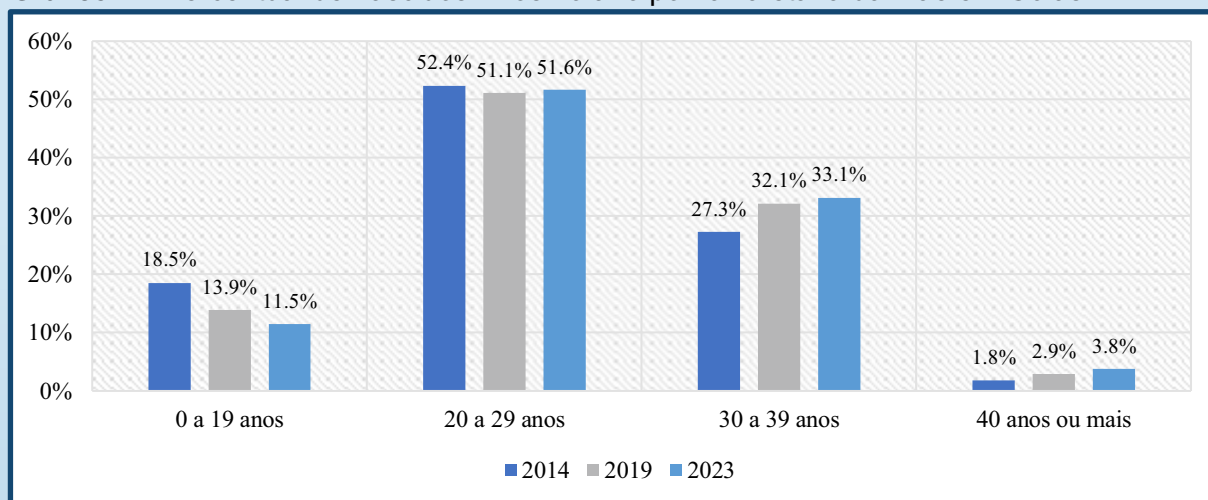
⁷ GOIÁS, Assembleia Legislativa de Goiás. Publicação – Indicadores sociais de Goiás. Disponível em: <https://portal.al.go.leg.br/noticias/152675/indicadores-sociais-de-goias>. Acesso em: 16 de abr. 2025.

⁸ Fonte: IBGE – Cidade. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go.html>. Acesso em: 16 de abr. 2025.

região Centro-Oeste (média regional = 91,3%)⁹. A população rural abriga pouco menos de 7% dos habitantes, mas ocupa dois terços do território estadual. Nessas áreas, verifica-se menor densidade de Unidades Básicas de Saúde, maior dependência de transporte rodoviário e menor acesso a saneamento.

Na análise do percentual de nascidos vivos em Goiás, de acordo com a idade das mães, identifica-se uma tendência de mulheres tendo filhos mais tarde, embora a predominância ainda seja na faixa de 20 a 29 anos (51,6% em 2023). Entretanto, em 2014, esse percentual era de 52,4. A tendência de queda na faixa de menos de 20 anos também se manteve: o percentual, que era de 18,5% em 2014, foi para 13,9% em 2019 e caiu para 11,5% em 2023, mostrando possivelmente uma melhora no quadro de planejamento familiar e redução da gravidez precoce.

Gráfico 1 - Percentual de nascidos vivos no ano por faixa etária da mãe em Goiás.



Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas com dados Tabnet SUS (2025).

Os dados evidenciam o aumento da representatividade dos nascidos vivos cujas mães pertenciam ao grupo etário de 30 a 39 anos, que passou de 27,3% em 2014 para 33,1% em 2023.

O quadro abaixo apresenta a taxa de natalidade em Goiás na última década. Em geral, taxas elevadas de natalidade estão associadas a condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população (IBGE, 2008).

⁹ Resultados Censo Demográfico de 2022. Tabela 9923: População residente, por situação do domicílio. IBGE.

Quadro 2- Taxa de natalidade, por ano, segundo as macrorregiões de saúde de Goiás

Macrorregião	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Goiás	12,51	12,52	12,00	12,26	12,43	11,98	11,86	11,59	11,30	11,63
Centro Norte	12,13	12,54	11,84	12,16	11,96	11,76	11,78	12,13	11,30	11,94
Centro Oeste	11,88	11,92	11,73	12,08	12,87	12,07	11,90	11,26	10,86	11,15
Nordeste	13,87	13,70	12,90	13,07	13,49	13,23	13,23	13,07	13,10	13,22
Sudeste	12,22	12,23	11,52	11,98	11,66	11,04	11,16	10,64	10,48	10,78
Sudoeste	14,02	13,25	13,03	12,63	12,64	12,67	11,78	11,51	12,04	12,17

Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas com dados de IBGE/Projeções demográficas preliminares e SINASC (2025).

A análise das taxas de natalidade revela uma tendência geral de queda, com destaque para a macrorregião Sudeste, que apresentou a maior redução percentual no período (–11,78%), seguida por Sudoeste (–13,20%). Essa diminuição reflete padrões demográficos observados em contextos de urbanização e transição demográfica, como maior escolarização e acesso a métodos contraceptivos. Por outro lado, a macrorregião Nordeste se destaca pela maior estabilidade, com desvio padrão mais baixo (0,31) e variação percentual reduzida (–4,69%), mantendo-se como a região com as maiores taxas de natalidade ao longo do período.

3. VISÃO GERAL DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM GOIÁS

3.1. Início do Século XX

Nas primeiras décadas do século XX, o estado de Goiás carecia de estruturas públicas de saúde voltadas à maternidade e infância. A região, historicamente isolada e com poucos recursos, ainda refletia a herança do século XIX, quando praticamente não havia assistência médica organizada para a população (Magalhães; Nazareno, 2013).

Nessa época, o atendimento materno-infantil ficava a cargo de entidades filantrópicas e religiosas, como as Santas Casas de Misericórdia e asilos locais, e de parteiras tradicionais. A mortalidade infantil era elevada, sobretudo entre bebês no primeiro ano de vida, devido a doenças infecciosas, desnutrição e falta de cuidados adequados. Práticas como o desmame precoce e a introdução de alimentos inadequados pioravam o quadro, em um contexto de precárias condições de higiene e saneamento (Magalhães; Nazareno, 2013), conforme informa Frei Audrin, que viveu entre os sertanejos do norte de Goiás nos primeiros trinta e quatro anos do século XX:

Nenhuma regra, nenhum horário para alimentá-lo, e se a mãe tiver de ausentar-se, qualquer comadre ou vizinha encarrega-se de acalmar o exigente pequenino, dando-lhe o peito a mamar. Exatamente o sistema

praticado entre os índios. O regime lácteo é, sem demora, julgado insuficiente; vem, então, as papas ou mingaus de farinha de mandioca, aos quais adicionam-se pedacinhos de carne ou de peixe. A mãe mastiga primeiro o bocado para introduzi-lo com o dedo na boca da criança. Daí, distúrbios gástricos, que provocam novos gritos e obriga a nova oferta do seio materno. É de admirar como não são mais freqüentes os acidentes que resultam de tão imprudente modo de alimentação. (Audrin, 1963)

No contexto infantil, a institucionalização da infância carente em Goiás pôde ser vista por meio do Asilo São Vicente de Paulo, inaugurado em 1909. Entre 1909 e 1946, das 442 pessoas acolhidas, 57 (13%) tinham entre 1 e 12 anos, em sua grande maioria negros e que possuíam algum tipo de doença mental. Destacam-se o cretinismo e a idiotia¹⁰ (17 casos) e casos de sífilis, epilepsia e convulsões, o que reflete tanto as condições precárias de higiene e saneamento quanto o caráter empírico e por intuição do diagnóstico médico na região (Souza *et al.*, 2023).

3.2. Do Estado Novo à Década de 1970

A consolidação do Estado Novo (1937-1945) trouxe iniciativas governamentais de proteção materno-infantil no Brasil, que impactariam também Goiás. Em 1940, o governo Getúlio Vargas instituiu o Departamento Nacional da Criança (DNCr), órgão ligado ao então Ministério da Educação e Saúde, responsável por coordenar programas de assistência à maternidade, infância e adolescência em todo o país. Foi o primeiro programa estatal abrangente na área, marcado por um discurso de valorização da maternidade e da infância como pilares da nação (Pereira, 1999).

Como marco regulatório cita-se o Decreto-Lei nº 2.024/1940 (Brasil, 1940). O DNCr apoiava tecnicamente e financeiramente estados e municípios na implantação de serviços de proteção materno-infantil, incluindo distribuição de leite, educação higiênica e formação de pessoal especializado (Brasil, 2011a).

Paralelamente, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), fruto de acordo Brasil-EUA durante a Segunda Guerra, estendeu suas ações a regiões do interior brasileiro. A partir do final dos anos 1940, o SESP implantou programas de higiene pré-natal e saúde da criança em áreas rurais e cidades do norte de Goiás. Nessas localidades, onde médicos eram escassos, o SESP atuou treinando parteiras tradicionais (“parteiras curiosas”) para adotarem práticas de parto limpas e seguras, aproveitando seu prestígio nas comunidades para difundir hábitos de higiene e saneamento. Essa estratégia buscava reduzir infecções puerperais e óbitos neonatais, integrando o saber popular ao nascente sistema público de saúde (Silva; Ferreira, 2011).

¹⁰ Eram aqueles “[...] privados mais ou menos completamente da inteligência desde a mais tenra idade” (Souza *et al.* Apud Chernoviz, 2023)

Figura 1 - Demonstração às parteiras, no Curso para Visitadoras Sanitárias (PA), década de 1940.



Fonte: Sesp (s.d.)

Adicionalmente, o Orfanato São José, idealizado pelo médico José Netto de Campos Carneiro e inaugurado em 1922, consolidou-se como principal espaço de acolhimento às órfãs “sadias” da então capital goiana. Até 1979 a instituição manteve uma prática essencialmente assistencialista: admitia exclusivamente meninas sem quadros de doença e preparava-as para o trabalho doméstico em famílias de elite, evidenciando a interligação entre filantropia e higienismo¹¹ do período (Souza *et al.* 2023).

¹¹ O higienismo foi um “tema geral através do qual os médicos interessaram-se em diagnosticar e apresentar prescrições sobre a educação nos colégios”. Temas como “higiene escolar”, “desenvolvimento físico e moral”, “desenvolvimento intelectual”, “sexualidade”, entre outros aparecem nas teses de medicina, pois os médicos acreditavam que seus conhecimentos científicos poderiam ordenar o espaço da escola e evitar, principalmente, a proliferação de doenças (Conceição, 2017). No discurso médico-higiênico, era dominante a preocupação não somente com os espaços limpos e higienizados, mas sobretudo com o desenvolvimento de vícios, de uma pedagogia do medo, dos castigos físicos e humilhantes, além de criticarem os prédios dos colégios em razão da sua ocupação excessiva e das instalações precárias (Alves, 2018).

Figura 2 - Órfãs e o novo Orphanato São José (1960).



Fonte: Souza, Costa e Faria (2023).

Um marco importante dessa época foi a transferência da capital estadual, da Cidade de Goiás para Goiânia na década de 30, o que só anos depois se refletiu na infraestrutura de saúde. O Preventório Afrânio de Azevedo, construído em Goiânia em 1943 como parte das medidas de isolamento compulsório aos filhos de hansenianos internados na Colônia Santa Marta, funcionou até meados da década de 1970 como instituição de “educação” e “proteção” desses menores. Embora o acolhimento garantisse condições básicas de higiene e escolarização, o severo regime formal e a separação compulsória dos pais, em nome do controle sanitário da hanseníase, impuseram forte estigmatização e rompimento dos laços familiares, repercutindo negativamente na saúde psíquica e no desenvolvimento socioafetivo das crianças (Souza *et al.* 2023).

Na década de 1970, cita-se a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, iniciativa da Organização das Voluntárias de Goiás (OVG). Concebida como maternidade filantrópica para atender gestantes carentes, essa unidade tornou-se posteriormente parte da rede estadual de saúde (incorporada à Secretaria de Saúde em 1983)¹². Já em 1972, o governo estadual fundou em Goiânia o Hospital Materno-Infantil (HMI), depois renomeado Hospital Estadual da Mulher Dr. Jurandir do Nascimento (HEMU), que se tornaria referência terciária em ginecologia, obstetrícia e neonatologia¹³.

Nesse ínterim, inserido em um esforço da Organização Pan-Americana da Saúde e da Fundação W. K. Kellogg, o Programa Regional de Desenvolvimento de Saúde Materno-Infantil

¹² Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/hemns/>. Acesso em 20 abr. 2025.

¹³ Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/hemu/>. Acesso em 20 abr. 2025.

chegou ao Brasil em 1974 com o objetivo de aplicar resultados de pesquisas para aprimorar a assistência e desenvolver recursos humanos. O estado de Goiás foi selecionado para sediar um desses projetos, destacando-se por sua abrangência, que incluía tanto a área da Amazônia Legal, no então norte do estado¹⁴, quanto a Área Metropolitana de Goiânia, refletindo os diferentes desafios de saúde do estado na época (Serrano, 1977). O Projeto de Goiás foi estruturado em três subprojetos complementares e de grande alcance:

Quadro 3 - Estrutura do Projeto de Saúde Materno-Infantil em Goiás

Subprojeto	Área de Atuação/Responsável	Objetivos e atividades principais
1. Porto Nacional	Área rural de 10 municípios, com sede em Porto Nacional.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer um sistema de assistência regionalizado; - Formar pessoal auxiliar para serviços de saúde familiar na zona rural; - Criar um programa de residência em medicina geral; - Replicar o modelo na área de Campos Belos.
2. Área Metropolitana de Goiânia	SES-GO em colaboração com a UFG	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar pessoal auxiliar para o Centro Materno-Infantil de Goiânia; - Criar um sistema de referência de pacientes; - Realizar o treinamento e controle de pacientes; - Ampliar programas de extensão universitária em pediatria, obstetrícia, nutrição e enfermagem.
3. Universidade Federal de Goiás	UFG	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar residências em pediatria e obstetrícia no Centro Materno-Infantil; - Criar residência em medicina geral com atuação em Porto Nacional e Goiânia; - Expandir programas de extensão universitária em medicina, enfermagem, nutrição e odontologia.

Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas *apud* Serrano (2025).

3.3. Década de 1980: da Atenção Integral às Bases do SUS

A década de 1980 trouxe profundas transformações político-institucionais no Brasil e em Goiás. Em 1983 o Ministério da Saúde formulou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). Essa proposta visava oferecer atendimento abrangente, indo além do enfoque biológico da maternidade: incluía planejamento familiar, prevenção ginecológica, cuidados ao recém-nascido e vigilância do crescimento infantil, de forma integrada (Brasil, 2011a).

Em 1984 o PAISMC foi desmembrado em dois programas específicos e complementares: o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), voltado à saúde feminina em

¹⁴ Desmembrado em 1989 para a então criação do estado de Tocantins.

todas as fases da vida (incluindo pré-natal, parto e atenção ginecológica), e o PAISC (Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança), focado na saúde infantil com ações de imunização, combate à desnutrição e doenças prevalentes da infância (Brasil, 2011a). Essa divisão refletiu a influência do movimento feminista da época, resultante da mobilização das mulheres brasileiras em busca da cidadania, dos direitos e do acesso ao espaço público (Cassiano *et al.*, 2014).

Paralelamente, o movimento pela Reforma Sanitária ganhou força, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988¹⁵. Um avanço importante foi a inclusão do atendimento neonatal e obstétrico como direito universal e dever do Estado, garantido pelo SUS nascente (Brasil, 2011b).

Em Goiás, publicada em 1989, a Constituição Estadual estabelecia o atendimento integral à saúde da mulher, em todas as fases de sua vida, compreendendo o direito à gestação, à assistência pré-natal, ao parto, ao pós-parto e ao aleitamento, dentro dos melhores padrões técnicos, éticos e científicos, através de programas desenvolvidos, implementados e controlados, com a participação das entidades representativas de mulheres (Goiás, 1989).

3.4. Anos 1990: Consolidação do SUS e Expansão da Atenção Básica

Com a implantação do SUS nos anos 1990, a atenção materno-infantil em Goiás passou por ampla reorganização e expansão. As Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 estabeleceram a criação do SUS. Esta política estabelece no cuidado integral à gestante através do reconhecimento dos problemas obstétricos, prevenindo danos e assegurando partos e nascimentos saudáveis (Bisognin *et al.* *Apud* Assis, 2024).

Nesse cenário de transformação, Goiás não apenas implementou as diretrizes nacionais, mas também se destacou como um protagonista na concepção de um novo modelo de atenção básica. O estado tornou-se o berço de iniciativas que culminariam na criação do Programa Saúde da Família (PSF), uma estratégia fundamental para a reorganização dos cuidados materno-infantis.

As primeiras discussões que originariam o Programa Saúde da Família ocorreram em agosto de 1993, sob a liderança de Henrique Santillo, então recém-nomeado Ministro da Saúde e ex-governador de Goiás (Brasil, 2010). Santillo encarregou seu assessor, Halim Antônio Girade, de elaborar um novo modelo de atenção à saúde voltado especialmente para comunidades pobres e desassistidas, que não contavam com a presença regular de médicos.

¹⁵ Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma>. Acesso em 23 abr. 2025.

A formulação dessa nova proposta foi diretamente influenciada por experiências prévias em Goiás. Halim Girade havia sido o primeiro coordenador do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no estado e Secretário de Saúde de Goiás, além de ter atuado como médico de família em comunidades carentes nas cidades goianas de Planaltina e Mambaí. Essa vivência prática com agentes comunitários e o contato direto com as famílias em Goiás foram importantes para moldar os princípios do futuro PSF, que viria a ser implantado nacionalmente a partir de dezembro de 1993 (Brasil, 2010).

O PSF foi formulado para ser o meio preferencial para implementar intervenções-chave, como acompanhamento pré-natal regular, visitas puerperais, promoção do aleitamento materno, vigilância do crescimento e manejo de doenças infantis prevalentes. A estratégia revelou-se importante para levar cuidados a regiões antes desassistidas: agentes comunitários de saúde, muitas vezes moradores das próprias localidades, visitavam mensalmente as famílias para pesar bebês, verificar cadernetas de vacinação, orientar as gestantes e identificar riscos precocemente (Banco Mundial, 2002). Em Goiás, o governo estadual apoiou a expansão do PSF, complementando o financiamento federal, por exemplo, a Secretaria Estadual de Saúde cofinanciava as equipes municipais com uma contrapartida mensal de R\$ 2 mil por equipe (Banco Mundial *apud* Ministério da Saúde, 2002).

Houve ainda avanços importantes na humanização do parto e incentivo à amamentação. Em meados dos anos 90, Goiás engajou-se na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), programa lançado internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover o aleitamento materno nas maternidades.

Como resultado, em 1994 a Maternidade São Pio X, em Ceres, tornou-se o primeiro Hospital Amigo da Criança do estado. Nos anos seguintes, outras unidades buscaram esse título, em 1999 a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, em Goiânia, foi certificada como Hospital Amigo da Criança, pioneira entre os hospitais públicos da capital¹⁶. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde concedeu ao Hospital São Pio X o Prêmio Galba de Araújo, reconhecendo suas boas práticas de humanização do nascimento¹⁷.

3.5. Século XXI: Novos Programas, Qualificação da Rede e Desafios Atuais

Nos anos 2000, as políticas e programas voltados a aprimorar a saúde materno-infantil continuaram em crescente. O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo MS em 2000, foi implementado de forma articulada entre os entes federativos e estabeleceu padrões de qualidade para o pré-natal (mínimo de 6 consultas, exames

¹⁶ Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/hemns/>. Acesso em: 25 abr. 2025.

¹⁷ Disponível em: <https://www.hospitalsaopiox.org.br/historia>. Acesso em 25 abr. 2025.

essenciais, vínculo da gestante à maternidade de referência) e incentivos financeiros por desempenho (Brasil, 2000).

Em 2004, firmou-se o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com metas específicas (Brasil, 2004). Goiás integrou esse esforço, priorizando a qualificação de atenção obstétrica e neonatal. Simultaneamente, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança buscou reduzir a mortalidade infantil com ações intersetoriais – nutrição, saneamento, imunização (Brasil, 2007). Outro avanço importante foi a implementação do Método Mãe Canguru e incentivo ao Aleitamento Materno, que alcançou abrangência nacional e reconhecimento internacional (Brasil, 2017).

Nessa época, maternidades como a Nascer Cidadão (inaugurada em 2000 em Goiânia), tornaram-se referência por implementar práticas humanizadas e foco na enfermagem obstétrica. A Maternidade Nascer Cidadão (MNC), construída na região noroeste de Goiânia (área até então com altos índices de mortalidade infantil) nasceu com a missão de ser um serviço público modelo em respeito à mulher e à família. Desde sua fundação, a MNC adotou medidas como presença de acompanhante, parto em posição confortável, incentivo ao parto normal (cerca de 65% dos partos em 20 anos foram normais) e protagonismo da mulher. Já no primeiro ano, a unidade recebeu os títulos de Maternidade Segura e Hospital Amigo da Criança, e posteriormente foi reconhecida também como “Hospital Amigo da Mulher” e inserida na Rede Cegonha¹⁸.

Em 2011, o governo federal lançou a Rede Cegonha, uma estratégia nacional específica para estruturar a rede de cuidados desde o planejamento reprodutivo até os 2 primeiros anos de vida do bebê (UMA-SUS/UFMA, 2016). No estado de Goiás, a implementação ocorreu de forma gradual por meio de planos regional (Brasil, 2012). A Rede Cegonha propôs um modelo humanizado de atenção ao parto e nascimento, integrando pré-natal, parto, puerpério e saúde do bebê, com objetivos de reduzir a mortalidade materna e infantil (Di Giovanni, 2013).

Em 2014 foi aprovado o Plano de Ação da Rede Cegonha para as macrorregiões Nordeste e Sudoeste de Goiás, com o objetivo de expandir as ações de atenção materno-infantil nessas áreas, que apresentavam indicadores de saúde mais desfavoráveis (Goiás, 2014). A implementação da Rede Cegonha nessas regiões visava melhorar o acesso e a qualidade do pré-natal, parto, nascimento e puerpério, além de fortalecer o planejamento reprodutivo. Caitano *et al.* (2019) demonstraram que, na Regional de Saúde Sudoeste II, observou-se um aumento no número de gestantes que realizaram sete ou mais consultas pré-natais entre 2011 e 2015. No entanto, verificou-se baixa adesão à consulta de puerpério, indicando a necessidade de estratégias complementares para garantir a integralidade do cuidado materno.

¹⁸ Disponível em: <https://fundahc.org.br/n/887-mnc-20-anos-de-tradicao-humanizacao-e-respeito-a-mulher-e-a-familia>. Acesso em 25 abr. 2025.

Nos anos recentes, a saúde materno-infantil em Goiás enfrentou novos desafios. A pandemia de Covid-19 (2020-2021) impactou negativamente a atenção às gestantes, levando a um aumento expressivo das mortes maternas. Em Goiás, o número de óbitos maternos saltou de 51 em 2014 para 140 em 2021, um aumento de 174%. A mortalidade materna é considerada um indicador crítico da qualidade da assistência.

Diante desse cenário, a partir de 2023, o governo federal, em parceria com estados e municípios, empreendeu esforços para reformular a política materno-infantil. Em 2024, foi lançada a Rede Alyne, novo programa nacional que reestrutura a antiga Rede Cegonha, com foco no enfrentamento das causas de mortalidade materna.

A rede homenageia Alyne Pimentel, mulher que faleceu grávida, em 2002, devido à desassistência, caso que levou o Brasil a uma condenação internacional por morte materna evitável. A Rede Alyne tem como meta reduzir a mortalidade materna em 25% até 2027 e em 50% entre mulheres negras, promovendo a equidade racial no atendimento à saúde¹⁹. A Rede Alyne, portanto, representa a retomada e fortalecimento das ações materno-infantis no SUS pós-pandemia. Em Goiás, sua implementação envolve a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde trabalhando de forma coordenada para melhorar a linha de cuidado da gestação ao nascimento.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel central na assistência materno-infantil, sendo responsável pelo acompanhamento contínuo de gestantes e crianças. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), realiza-se o pré-natal de baixo risco, com identificação precoce da gravidez, exames básicos, consultas regulares e ações educativas, o que facilita a adesão por parte das gestantes ao atendimento próximo de suas residências. Após o parto, as equipes acompanham a puérpera e o recém-nascido, com ações como visitas domiciliares, estímulo à amamentação, vacinação e triagem neonatal. A APS também promove o cuidado infantil integral, monitorando o crescimento, as imunizações e doenças comuns da infância, além de orientar as famílias.

Adicionalmente, foram incorporadas iniciativas como a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que possui como objetivos (Santos et al., 2018):

- responder às necessidades de saúde da população infantil;
- fortalecer o enfoque integrado de atenção à saúde da criança;
- aplicar medidas de prevenção;
- estimular atividades de promoção da saúde;
- melhorar a eficiência e qualidade da atenção;

¹⁹ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/governo-federal-lanca-nova-estrategia-para-reduzir-mortalidade-materna-em-25-ate-2027>. Acesso em 25 de abr. 2025.

atuar como porta de entrada para a detecção e tratamento de outros problemas de saúde.

Nesse contexto, Goiás tem avançado em marcos legais de proteção materno-infantil, como se demonstra no quadro abaixo:

Quadro 4 - Leis Estaduais Maternos-Infantil de Goiás (2017-2025)

Ato Normativo	Descrição
Lei Estadual nº 19.790/2017	Institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica no Estado de Goiás
Lei Estadual nº 20.596/2019	Institui a Política Estadual de Qualidade no Atendimento às Gestantes do Estado de Goiás
Lei Estadual nº 21.676/2022	Institui a Política Estadual pela Primeira Infância
Lei Estadual nº 22.192/2023	Institui a Política Estadual de Atenção aos Direitos da Mãe Solo
Lei Estadual nº 22.264/2023	Institui o Mês Estadual “Maio Furta-cor”, dedicado à conscientização, ao cuidado e à promoção da saúde mental materna
Lei Estadual nº 22.304/2023	Institui a Política Estadual de Atenção à Saúde Materno-Infantil
Lei Estadual nº 22.758/2024	Institui a Política Estadual de Conscientização sobre o Puerpério
Lei Estadual 23.029/2024	Institui a Política Estadual de Proteção e Atenção às Mães Atípicas e a Semana Estadual das Mães Atípicas
Lei Estadual nº 23.192/2025	Institui a Política Estadual Amamentação sem Dor
Lei Estadual nº 23.363/2025	Institui a Política Estadual de Gestão Emocional na Gestação

Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas (2025).

Ainda acerca de ações governamentais, destaca-se o programa Mães de Goiás, iniciativa do governo estadual, lançada em 2021, voltada a apoiar mães em situação de vulnerabilidade social. Embora seja principalmente um programa de transferência de renda (auxílio financeiro mensal para mães de crianças de 0 a 6 anos), ele reforça indiretamente a saúde materno-infantil ao combater a insegurança alimentar e nutricional e estimular que mães busquem os serviços de saúde para si e seus filhos por meio de condicionalidades²⁰.

Por fim, em 2024, foi lançado pela SES-GO o projeto Rede Nascer em Goiás. Inspirada no programa "Mães de Minas", a iniciativa visa reduzir as taxas de mortalidade materna, infantil e fetal por meio de um cuidado integral que abrange desde o planejamento reprodutivo até os dois primeiros anos de vida da criança. O projeto propõe uma reorganização da linha de

²⁰ Disponível em: <https://goias.gov.br/social/programa-maes-de-goias-lista-de-beneficiarias/>. Acesso em 26 de abr. 2025.

cuidado, priorizando o protagonismo das gestantes e a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Entre as ações previstas estão a ampliação da carteira de exames pré-natais, a definição de maternidades de referência para atendimentos de alto risco e a capacitação contínua das equipes de saúde²¹. A implementação da Rede Nascer conta com a parceria do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Goiás (COSEMS-GO), do Ministério da Saúde e do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz (IFF), que oferecem suporte técnico e metodológico^{22,23}.

4. ANÁLISE DE INDICADORES DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

4.1. Mortalidade Materna

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) em Goiás, expressa em óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, tem apresentado variações significativas ao longo da última década. No início dos anos 2010, o estado registrava uma RMM em torno de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. Observou-se, a partir desse período, uma tendência de queda moderada, chegando a 55,8 por 100.000, em 2016, embora com oscilações pontuais nos anos seguintes.

Entretanto, a partir de 2020, a situação se agravou, com um aumento expressivo da mortalidade materna impulsionado, sobretudo, pelos impactos da pandemia de COVID-19. Como reflexo desse contexto, a RMM em Goiás alcançou, em 2021, o patamar de aproximadamente 137,5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, representando um retrocesso significativo nos indicadores de saúde materna do estado.

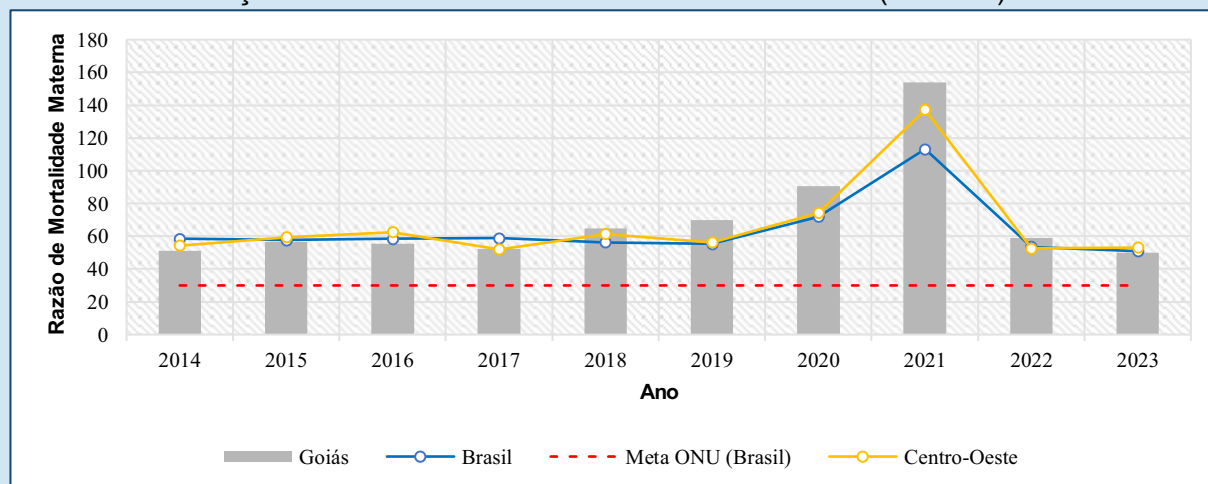
Esse aumento representa um crescimento de mais de 140% em comparação a 2016, claramente impactado pela pandemia de COVID-19 e por subnotificações previamente não identificadas. O gráfico 2 ilustra essa evolução, evidenciando o pico recente e destacando quão distante Goiás está da meta brasileira dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030 (RMM $\leq 30/100.000$).

²¹ Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/saude-estadual-lanca-projeto-rede-nascer-em-goias-contramortalidade-materna-e-infantil/>. Acesso em 26 de abr. 2025.

²² Disponível em: <https://agenciakoradenoticias.go.gov.br/135273-governo-aprova-implantacao-da-rede-nascer-em-goias>. Acesso em: 26 de abr. 2025.

²³ Disponível em: <https://cosemsgo.org.br/rede-nascer-em-goias/>. Acesso em: 26 de abr. 2025.

Gráfico 2 - Evolução da Razão de Mortalidade Materna em Goiás (2014-23)



Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas com dados do Observatório de Políticas Públicas (2025).

Entre 2014 e 2017, a RMM goiana apresentou estabilidade, semelhante à tendência observada na média nacional. Goiás historicamente manteve uma RMM próxima à média da região Centro-Oeste. Contudo, o surto de COVID-19 reverteu progressos: o Brasil passou de 55,3/100.000 (2019) para 72/100.000 (2020), alcançando 113,2/100.000 em 2021. Goiás acompanhou essa piora, registrando 153,9/100.000 (2021), 36% acima da média nacional e 12% acima da média regional.

As principais causas de morte materna têm mudado pouco ao longo do tempo, embora a pandemia tenha adicionado novas preocupações. Historicamente, as principais causas diretas de mortalidade materna incluem doenças hipertensivas, hemorragias e infecções (Melo *et al.*, 2025).

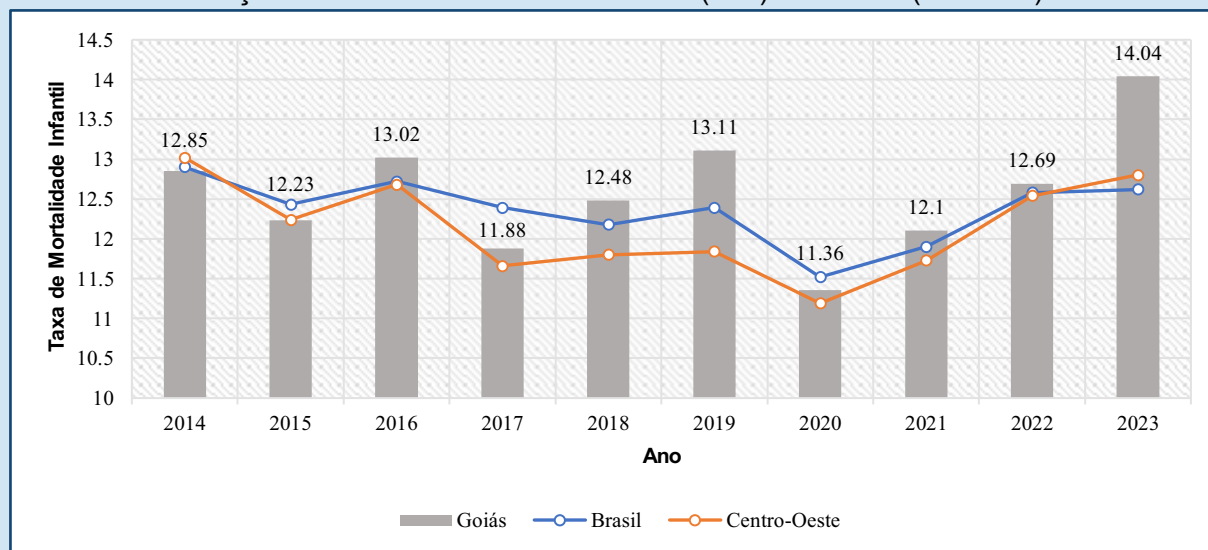
4.2. Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador social representado pelo número de crianças que foram a óbito antes de completar 1 ano de idade, para cada 1.000 crianças nascidas vivas (NV) no período. Dessa forma, o cálculo da taxa representa o risco de morrer com menos de 1 ano de idade, na população de nascidos vivos, considerado determinado espaço geográfico e ano.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em Goiás vem apresentando uma redução gradual, em consonância com a tendência observada em nível nacional. Em 2020, o estado registrou uma TMI de 11,36 por mil nascidos vivos, o que representa uma melhora em relação a 2010, quando o índice era de aproximadamente 12,85. No entanto, embora a pandemia não tenha revertido de forma significativa essa trajetória de queda, observa-se uma estagnação na

redução da TMI, acompanhada por disparidades regionais e uma tendência de aumento a partir de 2020, com o indicador estadual superando as médias nacional e regional.

Gráfico 3 - Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em Goiás (2014 -23)



Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas com dados do Observatório de Políticas Públicas (2025).

Para uma melhor compreensão da mortalidade infantil, esta é estratificada em diferentes componentes, de acordo com o período de ocorrência do óbito:

- **Mortalidade Neonatal Precoce (0 -6 dias):** responde pela maior parcela das mortes infantis. Em Goiás, estima-se que 50-60% dos óbitos infantis ocorrem na primeira semana de vida. Principais causas: complicações da prematuridade (síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intraventricular), asfixia perinatal (hipóxia ao nascer) e infecções graves (sepse neonatal precoce);
- **Mortalidade Neonatal Tardia (7 -27 dias):** contribui com cerca de 15-20% dos óbitos infantis. Causas: infecções neonatais (sepse tardia, meningite), malformações congênicas críticas e complicações persistentes da prematuridade;
- **Mortalidade Pós-Neonatal (28 dias a 11 meses):** representa 20-30% das mortes infantis. Principais causas: doenças infecciosas evitáveis (pneumonia, diarreia), desnutrição, malformações congênicas e acidentes (especialmente após 6 meses).

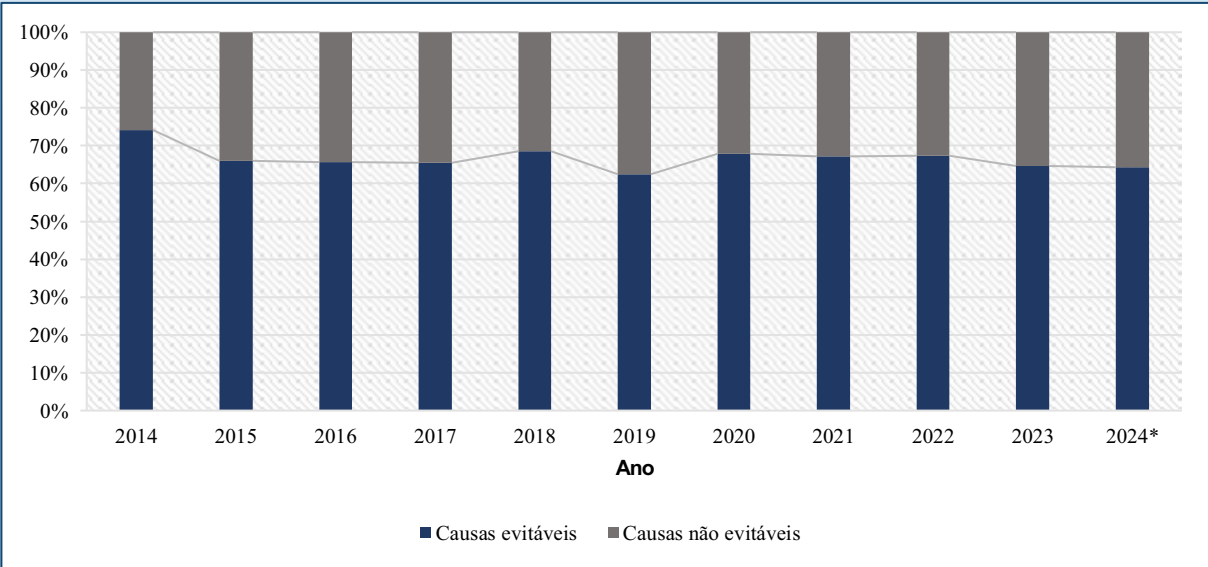
Quadro 5 - Óbitos infantis estratificados em goiás no período de 2014 a 2023

óbitos Estratificados	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
- TM Neonatal Precoce	705	660	673	617	659	696	593	624	577	566
- TM Neonatal Tardia	211	244	221	209	235	218	174	184	186	207
- TM Pós-Neonatal	366	327	349	332	340	346	287	291	373	371
Total de óbitos Infantis	1.282	1.231	1.244	1.159	1.234	1.260	1.054	1.101	1.136	1.144

Fonte: TCE-GO/Serv-PolíticasPúblicas com dados do MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (2025).

Importante destacar que as mortes neonatais (até 27 dias) correspondem à maioria (por volta de 70%) das mortes infantis. Estas estão ligadas, em grande parte, a fatores maternos e perinatais como anomalias congênitas, prematuridade e infecções perinatais e da criança (Morais *et al.* 2024).

Gráfico 4 - Proporção de óbitos infantis por causas evitáveis e não evitáveis em Goiás (2014-2024)



Fonte: TCE-GO/Serv-PolíticasPúblicas com dados do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal (2025).

4.3.Morbidade Materno - Infantil

A morbidade materna grave é definida como a ocorrência de uma complicação materna grave durante a gravidez, parto ou puerpério (até 42 dias após o término da gestação), enquanto o termo *near miss* materno é utilizado para as mulheres que quase morreram, mas sobreviveram às complicações ocorridas no período gravídico-puerperal (Say *et al.* 2009). Sua incidência é superior à dos óbitos, sendo considerado atualmente um problema de saúde

pública na América Latina (Souza *et al.*, 2010). Estima-se que, para cada morte materna, ocorram, em média, 15 casos de *near miss* (Oliveira *et al.*, 2015).

À medida que fornece informações para o entendimento dos fatores que contribuem para o desfecho fatal, a morbidade materna é um melhor indicador da qualidade dos serviços de saúde materna do que os óbitos; portanto, utiliza-se como base para a adoção de medidas que visem à melhoria da assistência materna (Oliveira *et al.* 2015).

Vários são os critérios utilizados para caracterizar a morbidade materna e *near miss*. Diante disso, a OMS estabeleceu critérios definidores, os quais podem ser usados em qualquer nível hospitalar (baixa, média ou alta complexidade). No caso da morbidade materna grave, os critérios são:

Quadro 6 - Critérios para definição de morbidade materna grave

Distúrbios Hemorrágicos	Distúrbios Hipertensivos	Outros Distúrbios Sistêmicos	Indicadores De Gravidade De Manejo
<ul style="list-style-type: none">- Descolamento prematuro de placenta- Placenta acreta, increta ou percreta- Gravidez ectópica- Hemorragia pós-parto- Rotura uterina	<ul style="list-style-type: none">- Pré-eclâmpsia grave- Eclâmpsia- Hipertensão grave- Encefalopatia hipertensiva- Síndrome HELLP	<ul style="list-style-type: none">- Endometrite- Edema agudo de pulmão- Insuficiência respiratória- Convulsões- Sepses- Choque- Trombocitopenia < 100.000 plaquetas- Crise tireotóxica	<ul style="list-style-type: none">- Transfusão sanguínea- Acesso venoso central- Histerectomia- Admissão à unidade de tratamento intensivo- Internação hospitalar prolongada (> 7 dias pós-parto)- Intubação não anestésica- Retorno ao centro cirúrgico- Intervenção cirúrgica

Fonte: TCE-GO/Serv-Política Públicas com dados de OMS (2025).

A adoção dos critérios laboratoriais e de manejo da OMS para a identificação dos casos de morbidade materna é um método válido e efetivo, conforme a conclusão de um estudo de pré-validação. Esta investigação também deu suporte para a recomendação do uso de tais parâmetros em todo o mundo (Cecatti *et al.* 2011).

Nesse contexto, as condições de saúde da gestante e do parto afetam diretamente o feto e o recém-nascido. A morbidade materna grave além de elevar a morbidade materna geral, está fortemente associado ao aumento da morbimortalidade perinatal (Say *et al.* 2009).

No entanto, o monitoramento da morbidade materna é limitado pelos atuais sistemas de informação, especialmente devido à baixa confiabilidade dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), única base disponível sobre morbidade. Assim, as estimativas

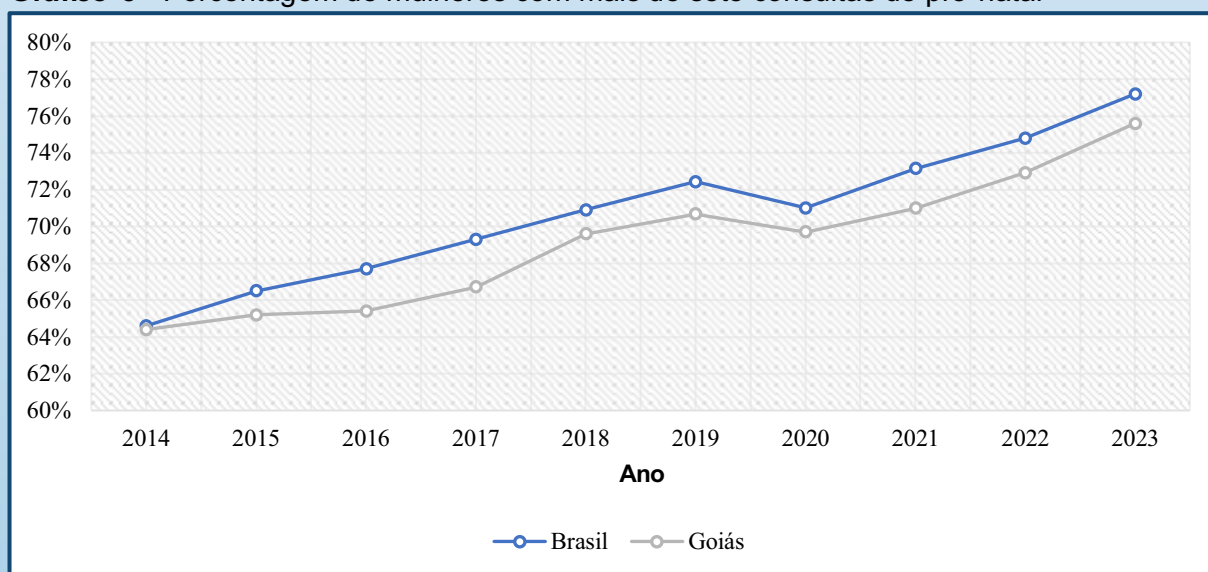
de morbidade materna grave e de *near miss* materno ainda dependem da realização de estudos específicos (Nakamura *et al.*, 2013). Esse resultado era previsível, pois, dos 25 critérios de disfunção orgânica definidos pela OMS para identificar casos de *near miss* materno, apenas um possui correspondência direta com os diagnósticos e procedimentos registrados no SIH/SUS.

4.4. Cobertura e Qualidade da Atenção Pré-Natal

O pré-natal é um dos pilares para melhorar os indicadores materno-infantis. Em Goiás, a cobertura de pré-natal é alta em termos quantitativos, porém há desafios qualitativos. O Ministério da Saúde recomenda no mínimo 6 consultas (e atualmente preconiza-se 7 ou mais consultas para gestação de risco habitual, alinhado ao modelo de “Pré-natal Adequado”). Em Goiás, a maioria das gestantes realiza pelo menos 6 consultas. Dados de 2023 demonstram que aproximadamente 67% das gestantes em Goiás realizaram pelo menos 6 consultas de pré-natal, porém abaixo da média brasileira de próximo de 75%²⁴. No Brasil, em 2022, 25,3% das gestantes não fizeram o ideal de pelo menos sete consultas pré-natal.

Em Goiás, no mesmo período, 27,1% das gestantes ficaram sem o mínimo aceitável dessas consultas. Em todo o país, portanto, cerca de 650 mil gestantes não fizeram o ideal de consultas de pré-natal. E, em Goiás, das aproximadamente 90 mil gestantes, 24 mil não tiveram o número adequado de consultas de pré-natal. É importante destacar que não está em avaliação a qualidade do pré-natal, mas apenas a quantidade de consultas.

Gráfico 5 - Porcentagem de mulheres com mais de sete consultas de pré-natal



Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas com dados do Portal Nacional da Primeira Infância (2025).

²⁴ Dados obtidos do Observatório de Políticas Públicas TCE-GO.

Além do número total de consultas, mede-se o percentual que inicia o pré-natal no 1º trimestre. Goiás também avançou nesse indicador, com aproximadamente 85% iniciando acompanhamento até 12 semanas (2023), embora a meta seja 95%. Iniciar precocemente permite identificar e manejar condições como diabetes ou hipertensão desde cedo.

Quanto à incidência de sífilis congênita, Goiás vem apresentando aumentos em suas taxas, cenário similar ao nacional. A taxa que se encontrava em 3,4 em 2014, saltou para 8,7 em 2023, muito acima da meta da ONU de 0,5 por mil NV.

Para gestantes com comorbidades ou complicações, existem ambulatorios especializados (pré-natal de alto risco). Em Goiás, os serviços de referência (normalmente em hospitais regionais ou na capital) recebem encaminhamentos de unidades básicas. O desafio está em integrar a atenção básica com a especializada e garantir transporte e adesão das gestantes de áreas remotas.

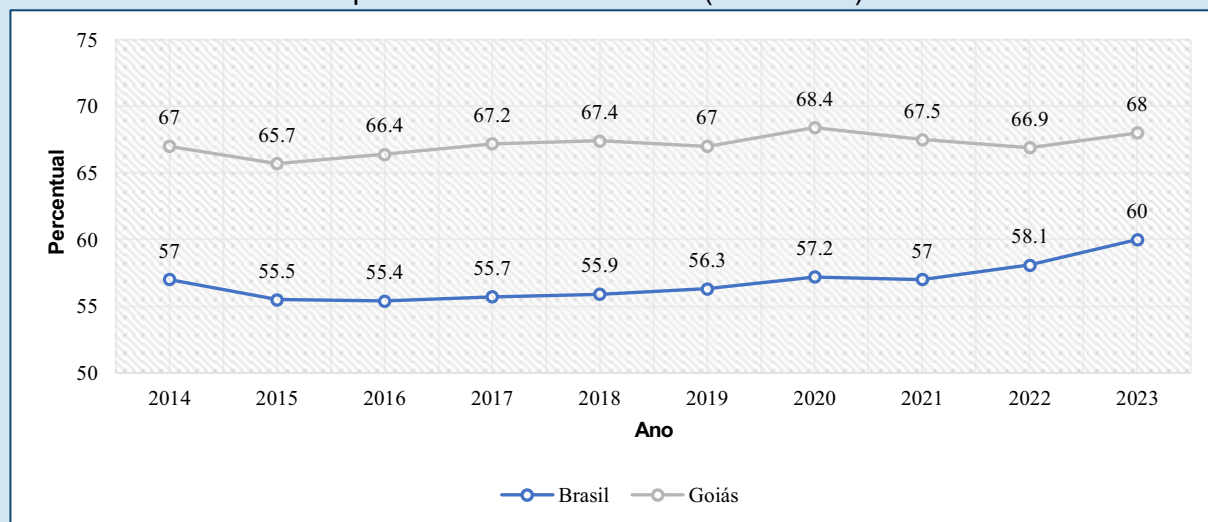
4.5. Assistência ao Parto e Puerpério

A forma como o parto é conduzido e os cuidados na fase puerperal têm impacto profundo na saúde da mãe e do bebê. Goiás, seguindo o panorama brasileiro, tem vivenciado mudanças gradativas nas práticas obstétricas.

A proporção de partos normais e partos cesáreos é um dos indicadores mais debatidos no Brasil. A OMS recomenda que cesáreas não ultrapassem 25%²⁵ dos partos sem clara indicação médica. Em Goiás, historicamente a taxa de cesarianas tem-se mostrado acima da média nacional, tendo apresentado valor de aproximadamente 68% (2023) em comparação aos 60% (2023) da média nacional.

²⁵ Meta OMS ajustada para o Brasil.

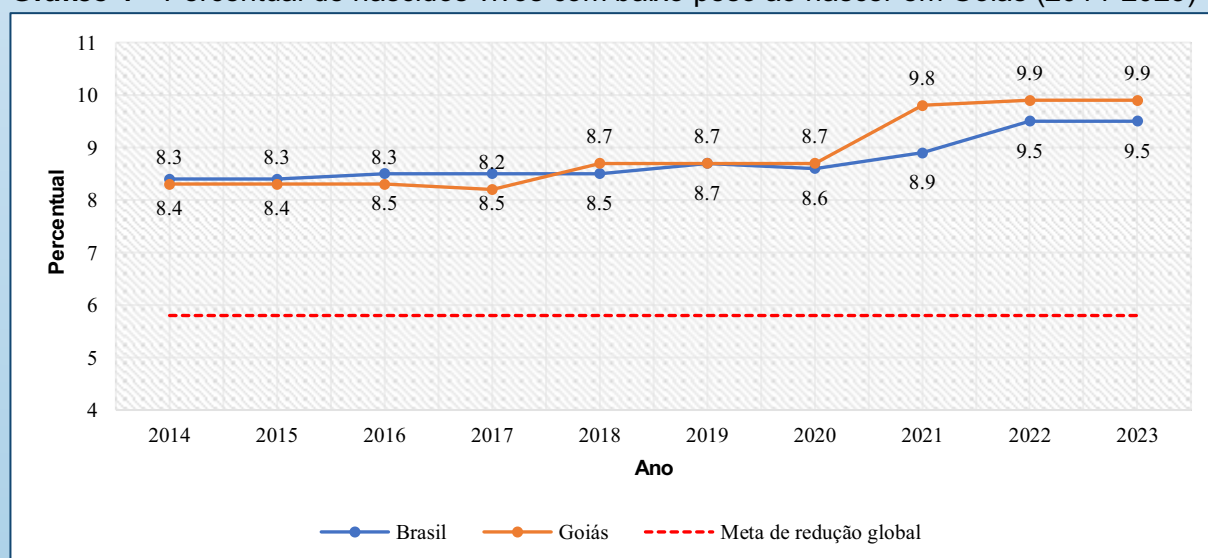
Gráfico 6 - Percentual de partos cesáreos em Goiás (2014-2023)



Fonte: TCE-GO/Serv-PolíticasPúblicas com dados do Observatório de Políticas Públicas (2025).

Já em relação aos nascidos vivos com baixo peso ao nascer, estes são classificados dessa forma por possuírem peso inferior a 2.500 gramas quando de seu nascimento. Em países desenvolvidos, observam-se valores em torno de 5% a 6% do total de nascidos vivos. O nascimento prematuro é o principal contribuinte para baixo peso ao nascer em ambientes com muitas gestações entre adolescentes, alta prevalência de infecção ou onde a gravidez está associada a altos níveis de tratamento de fertilidade e cesarianas.

Gráfico 7 - Percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em Goiás (2014-2023)



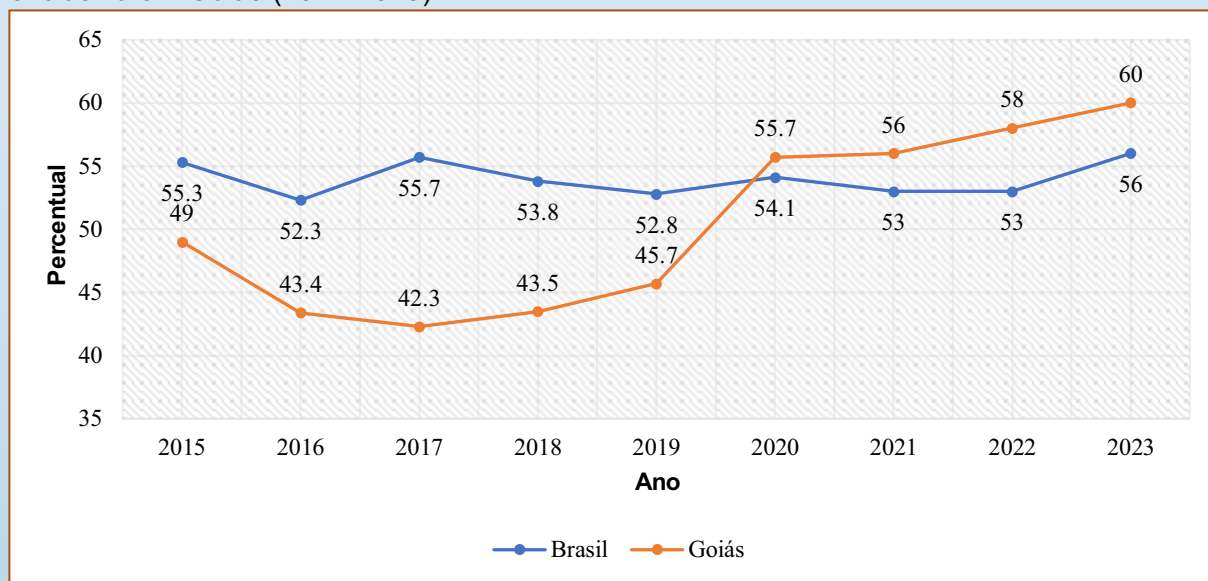
Fonte: TCE-GO/Serv-PolíticasPúblicas com dados do Observatório de Políticas Públicas (2025).

Como se observa no gráfico 7, o percentual de NV com baixo peso ao nascer tem crescido em Goiás, passando de 8,3 em 2014 para 9,9 em 2023, acima da média nacional de 9,5 para o mesmo período.

4.6. Aleitamento Materno

O aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses de idade é uma das intervenções de maior impacto para a saúde infantil. O aleitamento materno previne diarreias, infecções respiratórias, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta, e aumenta o desenvolvimento intelectual da criança. Se todas as famílias adotassem o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, seguido da introdução adequada de outros alimentos, mais de 800 mil crianças e 20 mil mulheres poderiam ter suas vidas salvas a cada ano em todo o mundo (Victora *et al.*, 2016).

Gráfico 8 - Percentual de crianças de até 6 meses de idade com aleitamento materno exclusivo em Goiás (2014-2023)



Fonte: TCE-GO/Serv-PolíticasPúblicas com dados do Observatório de Políticas Públicas (2025).

A prevalência de aleitamento materno exclusivo até 6 meses em Goiás está próxima à média brasileira. O Brasil atingiu cerca de 56% de AME aos 6 meses em 2023, uma marca que indica estagnação (em 2015 era de 55,3%). Em Goiás, temos uma tendência de elevação, tendo o estado saído de 49% em 2015 para 60% em 2023, acima da média nacional.

5. VISITAS IN LOCO REALIZADAS PELA EQUIPE DE AVALIAÇÃO

A saúde materno-infantil possui indicadores essenciais do desenvolvimento de qualquer região, pois reflete não apenas a qualidade do atendimento prestado a gestantes e crianças, mas também a organização dos serviços de saúde.

Para diagnosticar essa realidade, foram visitadas policlínicas e hospitais, durante o mês de março de 2025, em diferentes macrorregiões e regiões de saúde – territórios contínuos delimitados com base em critérios geográficos, culturais, econômicos e sociais, além de infraestrutura, redes de transporte e comunicação. As macrorregiões, por sua vez, consistem em arranjos territoriais que integram múltiplas regiões de saúde, com a finalidade de otimizar a oferta de serviços de média e alta complexidade (Brasil, 2006).

Assim, o objetivo desse diagnóstico foi retratar a percepção dos profissionais e os serviços prestados na área materno-infantil, identificar as principais dificuldades enfrentadas e entender o papel das unidades de saúde no desenho e implementação da rede de atenção.

A partir dessa análise, buscou-se mapear desafios, potencialidades e lacunas na assistência, com o intuito de conhecer e retratar a situação atual da saúde materno-infantil por meio da percepção dos profissionais que atuam na área.

5.1. Metodologia

O diagnóstico situacional é um instrumento que visa identificar problemas e desafios específicos de uma determinada realidade, apresentando dados quantitativos e qualitativos, identificação de necessidades, gargalos, vulnerabilidades, capacidade instalada, recursos disponíveis, entre outros (Rostirolla *et al.*, 2023).

Para a elaboração do diagnóstico situacional, a equipe de avaliação planejou a realização de visitas *in loco* aos estabelecimentos de saúde de atenção especializada que oferecem atendimentos materno infantil e nos hemocentros, unidades fundamentais para a operacionalização da política, considerando que, segundo informações obtidas em entrevistas com a SES e com o Grupo Técnico de Investigação dos óbitos Maternos e Infantis, a hemorragia figura como uma das principais causas de óbitos maternos.

Para a realização das visitas, foram selecionados, em cada macrorregião de saúde, pelo menos um hospital e/ou uma policlínica. A seleção das unidades de saúde considerou, além do critério territorial (macrorregião), os municípios com maior ocorrência de óbitos maternos e infantis. Foram excluídos desse critério os municípios da Região Metropolitana de Goiânia, especialmente Goiânia e Aparecida de Goiânia, bem como Anápolis, por se tratarem de

localidades com maior população e que concentram unidades de referência responsáveis pelo atendimento de pacientes de diversos municípios do Estado de Goiás.

Após a escolha dos municípios, a SES foi consultada para confirmação de que todas as unidades selecionadas prestavam assistência materno infantil. Nesse momento, verificou-se que o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás, inicialmente selecionado, não realizava partos, sendo assim excluído da amostra. Desse modo, optou-se por incluir o Hospital Materno Infantil de Rio Verde, unidade de saúde municipal que recebe recursos estaduais por meio da ação 2518 – Plano de Fortalecimento.

Definida a amostra das unidades de saúde a serem visitadas, foi realizado um teste piloto na Macrorregião Sudoeste. Após o teste piloto, a equipe constatou que não seria necessária a visita aos hemocentros das demais macrorregiões, pois a logística de distribuição dos hemoderivados é a mesma em todas as localidades. Desse modo, a rota de viagem foi retificada e foram visitadas as seguintes unidades de saúde:

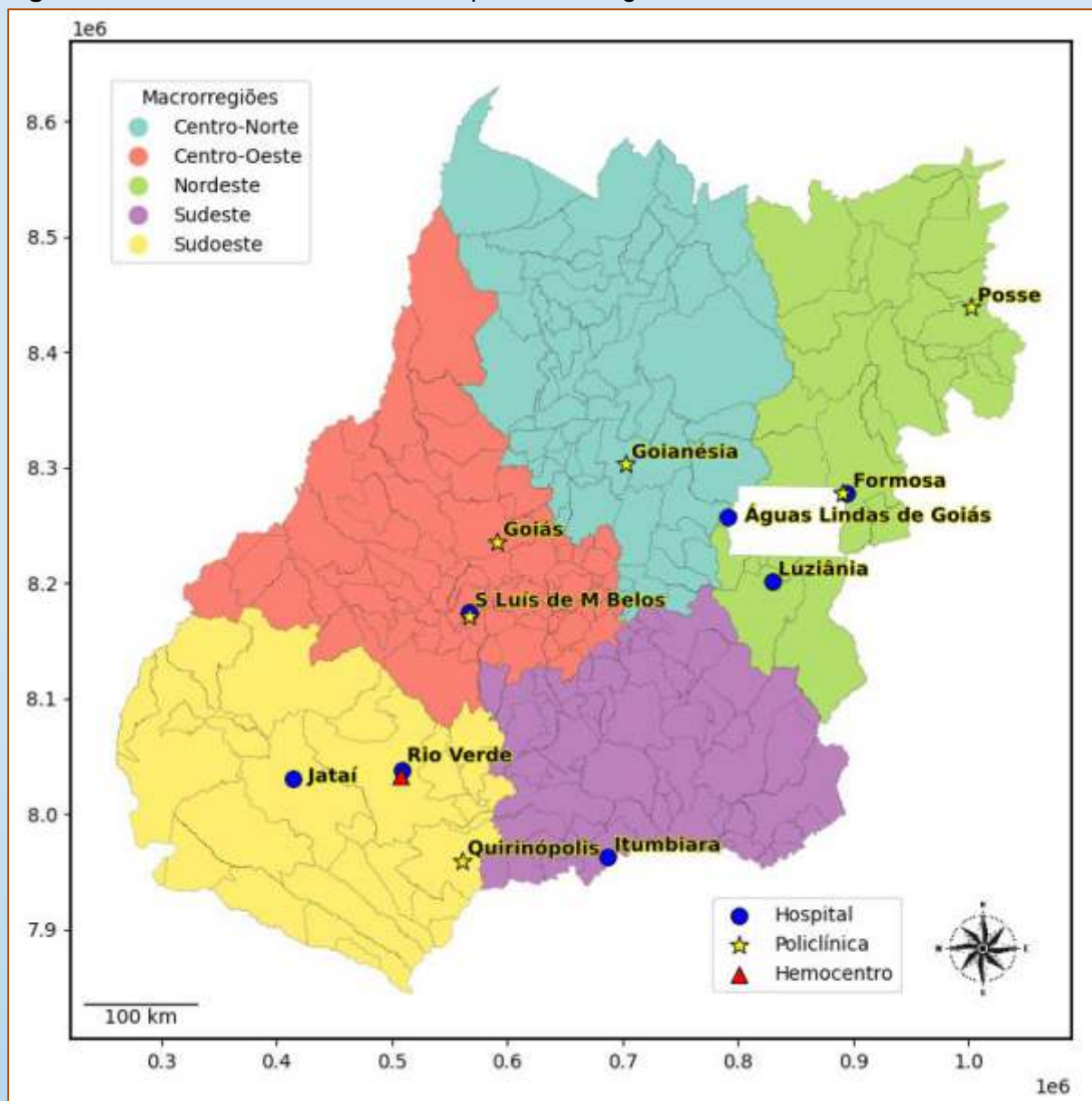
Quadro 7 - Unidades de saúde visitadas para elaboração do Diagnóstico Situacional

Macrorregional	Município	Unidade de Saúde
Sudoeste	Rio Verde	Hemocentro Regional de Rio Verde
	Rio Verde	Hospital Materno Infantil
	Quirinópolis	Policlínica de Quirinópolis
	Jataí	Hospital Estadual de Jataí
Nordeste	Luziânia	Hospital Estadual de Luziânia
	Formosa	Policlínica de Formosa
	Formosa	Hospital Estadual de Formosa
	Posse	Policlínica de Posse
	Águas Lindas	Hospital Estadual de Águas Lindas
Centro-Norte	Goianésia	Policlínica de Goianésia
Centro-Oeste	Goiás	Policlínica Rio Vermelho
	São Luís de Montes Belos	Policlínica de São Luís de Montes Belos
	São Luís de Montes Belos	Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos
Sudeste	Itumbiara	Hospital Estadual de Itumbiara

Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas (2025).

O mapa a seguir (figura 1) ilustra a distribuição das unidades de saúde visitadas entre as macrorregiões de saúde do Estado, proporcionando uma melhor visualização do alcance territorial da amostra selecionada.

Figura 3: Unidades de saúde visitadas por macrorregião de saúde do Estado de Goiás.



Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas (2025).

Nas visitas *in loco* foram aplicados questionários (*survey*) compostos por questões abertas e fechadas (múltipla escolha e escala de *Likert*), aplicados a gestores, enfermeiros, médicos e outros profissionais envolvidos no atendimento materno-infantil. Utilizou-se questões estratégicas separadas nos seguintes tópicos: infraestrutura; recursos humanos; atendimento à gestante; atendimento à criança; processos; governança e finanças; e, sangue e hemoderivados. Foram aplicados 55 questionários, ao todo, assim distribuídos:

Quadro 8 - Quantidade de entrevistas por tipo de unidade visitada

Município	Tipo de unidade visitada	Qtd. de entrevistas
Águas Lindas de Goiás	Hospital	4
Formosa	Hospital Policlínica	8
Goianésia	Policlínica	5
Cidade de Goiás	Policlínica	3
Itumbiara	Hospital	5
Jataí	Hospital	6
Luziânia	Hospital	4
Posse	Policlínica	4
Quirinópolis	Policlínica	3
Rio Verde	Hospital Hemocentro	5
São Luís de Montes Belos	Hospital Policlínica	8
Total		55

Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas (2025).

As respostas aos questionários foram tabuladas e analisadas, considerando as informações epidemiológicas sobre a da mortalidade materno infantil no Estado de Goiás e as informações orçamentárias e financeiras relacionadas às ações direcionadas à saúde materno infantil antes da implementação da Rede Nascer em Goiás.

5.2. Análise dos dados

5.2.1. Avaliação do Resultado da Pesquisa Piloto

A pesquisa-piloto envolveu entrevistas semiestruturadas em três pontos da rede (hospital municipal, policlínica especializada e hemocentro regional), permitindo testar instrumentos, validar categorias analíticas e estimar a variabilidade das percepções profissionais. O procedimento confirmou a pertinência de combinar questões fechadas para quantificar níveis de qualidade (escala *Likert*) com questões abertas para captar nuances de contexto e governança.

No âmbito hospitalar, a percepção geral é de uma melhora significativa na segurança do parto e na qualidade da assistência em comparação com o passado. A infraestrutura foi um dos principais pontos fortes destacados, com salas de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) consideradas de excelência e bem-equipadas para a humanização do cuidado. A presença de uma Agência Transfusional 24 horas foi apontada como um recurso importante para o manejo de emergências obstétricas. Apesar disso, o gargalo estrutural apontado foi a existência de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) obstétrica que, embora pronta, aguardava habilitação e recursos, forçando a transferência de gestantes de alto risco. Outros desafios incluem a forte resistência cultural da população ao parto normal e uma comunicação

deficiente com a atenção primária. Em relação aos recursos humanos, a equipe multidisciplinar é considerada suficiente, mas há um déficit importante de especialistas médicos, como neuropediatras e intensivistas pediátricos.

A policlínica, por sua vez, opera como uma unidade de atendimento estritamente ambulatorial. Sua infraestrutura física e o número de profissionais são considerados adequados para a demanda atual. Um dos desafios enfrentados é a subutilização de seus serviços, com um número significativo de vagas ofertadas via regulação que não são preenchidas. A principal causa identificada para esse problema é a dificuldade de acesso a transporte por parte dos pacientes de municípios vizinhos, o que impacta diretamente a continuidade do tratamento. A unidade ainda não foi integrada às ações do projeto "Rede Nascir" e, por seu perfil ambulatorial, não lida diretamente com casos de mortalidade, mas desempenha um papel no acompanhamento especializado.

O hemocentro demonstrou ser um componente importante e bem-estruturado da rede, funcionando como a principal unidade de coleta, processamento e distribuição de sangue e hemoderivados para uma grande quantidade de municípios. A logística de transporte segue protocolos, com rotas diárias e controle de temperatura, embora enfrente desafios com motoristas de outras cidades que nem sempre seguem os protocolos de prioridade. O serviço opera com um sistema de priorização para solicitações de urgência e emergência e realiza esforços para a captação de doadores, enfrentando períodos pontuais de escassez. Foi constatado que a equipe do hemocentro não tinha conhecimento sobre o projeto "Rede Nascir", apesar da importância da hemorrede para a política materno-infantil.

Com base nesses resultados, o questionário definitivo foi reformulado pela exclusão da unidade "Hemocentro" e inclusão do subtópico "Sangue e Hemoderivados" nos questionários específicos dos hospitais e policlínicas.

5.2.2. Serviços Materno- infantis Oferecidos

Nos hospitais visitados, 83% oferecem atendimento de urgência e emergência, enquanto 50% realizam consultas ambulatoriais; 83% executam cirurgias obstétricas e 50% cirurgias neonatais e pediátricas; além disso, 83% realizam parto de risco habitual e 50% parto de alto risco, e todos oferecem exames laboratoriais e de imagem.

Nas policlínicas avaliadas, 100% ofertam consultas ginecológicas e obstétricas, 80% consultas pediátricas, 20% dispõem de planejamento familiar e orientação reprodutiva, 60% realizam cirurgia ambulatorial e 100% asseguram exames laboratoriais e de imagem.

Quadro 9 - Principais serviços oferecidos na área materno-infantil pelo total de hospitais visitados

Serviço	% Unidades
Atendimento de urgência	83%
Atendimento de emergência	83%
Atendimento ambulatorial	50%
Cirurgia obstétrica	83%
Cirurgia neonatal e pediátrica	50%
Exames laboratoriais	100%
Exames de imagem	100%
Parto de risco habitual	83%
Parto de alto risco	50%

Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas (2025).

Quadro 10 - Principais serviços oferecidos na área materno-infantil pelo total de policlínicas visitadas

Serviços	% Unidades
Consulta ginecológica	100%
Consulta obstétrica	100%
Consulta pediátrica	80%
Planejamento familiar e orientação Reprodutiva	20%
Cirurgia ambulatorial	60%
Exames laboratoriais	100%
Exames de imagem	100%

Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas (2025).

5.2.3. Infraestrutura

a) Hospitais:

Acerca dos leitos, 69% (aproximadamente) dos entrevistados consideram suficientes os leitos de enfermaria para a demanda materno-infantil (soma de “concordo totalmente” e “concordo”). Já a respeito dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 62% avaliam que a quantidade de leitos é suficiente, embora haja casos de superlotação pontuais (sobretudo em UTI adulto).

Não obstante, os principais problemas identificados foram: “infraestrutura física inadequada” (56%) e “falta ou insuficiência de leitos” (37%).

b) Policlínicas:

A maioria dos profissionais entrevistados (67%) considerou que há capacidade suficiente para atender a demanda materno-infantil. Destaca-se que os principais problemas apontados foram: “falta de áreas de espera confortáveis para gestantes e crianças” (56%) e “equipamentos médicos obsoletos ou insuficientes” (33%).

Diante do exposto, observa-se que as deficiências na infraestrutura física não foram relatadas de forma generalizada. Contudo, nas unidades que apontaram essa problemática, destacaram-se questões como a existência de prédios antigos que demandam reformas, a ausência de salas específicas para pré-natal, parto e atendimento pediátrico, além da falta de espaços adequados para a espera de gestantes e crianças. Também, nas questões abertas, foram mencionados problemas relacionados à insuficiência ou inadequação de equipamentos médicos.

5.2.4. Recursos Humanos

a) Hospitais:

Sobre o número de profissionais, 94% dos entrevistados concordaram que há número adequado de médicos; 69% concordam quanto a enfermeiros e técnicos. Entretanto, 50% dos profissionais apontaram déficit de médicos especialistas (ex: nefropediatra) na área materno-infantil ou outros profissionais de saúde, como por exemplo, fonoaudiólogos.

No tocante à rotatividade de profissionais, em geral, foi considerada baixa ou média.

b) Policlínicas:

Foi identificado que 67% dos entrevistados afirmaram existir déficit de especialistas, sobretudo em cardiologia pediátrica e neuropediatria.

Isto posto, entre as principais dificuldades identificadas, destaca-se o déficit de especialistas nas áreas de fonoaudiologia, nefropediatria e terapia ocupacional nos hospitais, bem como de cardiologia pediátrica e neuropediatria nas policlínicas.

Além disso, no que se refere à Rede Nascir, observou-se que muitos profissionais demonstraram desconhecimento sobre a iniciativa, revelando não ter ciência de sua existência ou relatando apenas terem “ouvido falar” sobre ela, de forma superficial.

5.2.5. Atendimento à Gestante

A partir da análise qualitativa das respostas abertas dos questionários aplicados aos profissionais de saúde, referentes aos principais obstáculos para um atendimento gestacional de qualidade, gerou-se a nuvem de palavras apresentada na Figura 4.

Figura 4: Nuvem de palavras - principais obstáculos atendimento à gestante



Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas (2025).

Observa-se que os termos de maior destaque e frequência são: **“regulação”**, **“APS”** (Atenção Primária à Saúde) e **“referência”**, indicando que os principais desafios estão concentrados na fragilidade dos fluxos entre os níveis de atenção, na articulação dos hospitais e policlínicas com a APS e nas dificuldades no processo de regulação, incluindo atrasos e encaminhamentos inadequados.

Outros termos que aparecem com relevância, embora com menor frequência, são: **“cesariana”**, **“cultura”**, **“contrarreferência”**, **“salário”**, **“infraestrutura”**, **“climatização”** e **“sobrecarga de pacientes de baixa complexidade”**, o que evidencia a existência de barreiras estruturais, organizacionais, logísticas e culturais que impactam a qualidade da assistência prestada às gestantes.

Ainda, sobre o atendimento, em relação às policlínicas, alguns colaboradores mencionaram que parte da população desconhece os serviços oferecidos e a forma de funcionamento deste estabelecimento, já que não funciona como “porta aberta”, como os hospitais e pronto-socorro, sendo necessário agendamento de consulta e encaminhamento.

Esses apontamentos reforçam a necessidade de ações integradas e intersetoriais voltadas à qualificação dos processos de regulação, ao fortalecimento da Atenção Primária, à melhoria

da infraestrutura física, além de estratégias para enfrentar questões culturais e barreiras físicas, como transporte.

5.2.6. Atendimento à Criança

Particularmente, em relação ao Hospital Estadual de Itumbiara, como não existe maternidade no estabelecimento, algumas perguntas dos questionários não se aplicaram. Este hospital realiza o atendimento de crianças (pronto-socorro) e foi relatado pelos profissionais a necessidade de leitos de UTI neonatal e ambulatório para o atendimento de crianças.

Em relação aos outros estabelecimentos, relatou-se que, frequentemente, não há ambulância equipada para transporte de gestantes/RNs críticos (100% dos casos das unidades pesquisadas não possuíam veículo próprio).

Os principais motivos de internação e complicações infantis foram relacionados a doenças respiratórias não tratadas ou identificadas tardiamente, infecções, má formação congênita, baixo peso, prematuridade, sífilis congênita e encaminhamento tardio aos serviços hospitalares especializados.

5.2.7. Governança e Processos



a) Hospitais:

Verificou-se que 50% das unidades de saúde visitadas possuem articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com as policlínicas, com o objetivo de fortalecer os cuidados e reduzir os índices de mortalidade materno-infantil.

Adicionalmente, a partir das respostas dos gestores, constatou-se que 83% dos hospitais possuem algum tipo de controle gerencial sobre os recursos destinados às ações na área materno-infantil, o que demonstra certo nível de acompanhamento e gestão financeira, embora não necessariamente vinculado a indicadores de desempenho.

No que se refere à sobrecarga dos serviços, foi relatado que as filas de espera para o atendimento materno-infantil são situações pontuais ou esporádicas, ocorrendo frequentemente ou muito frequentemente em 25% dos casos analisados.

Em relação à regulação de leitos, foram identificados problemas recorrentes, tais como: sobrecarga de pacientes fora do perfil assistencial das unidades, falhas nos fluxos de referência e contrarreferência, além da necessidade de aprimoramento na comunicação com a Central de Regulação do Estado (CRE).

No que se refere especificamente aos processos de classificação de risco e manejo de casos de alto risco, foi relatado que, quando a unidade não dispõe da capacidade necessária para atender o paciente, este é, na maioria das vezes, encaminhado a hospitais localizados em Goiânia, o que pode gerar deslocamentos longos e agravar as condições clínicas.

Diante desse cenário, o processo de regulação foi identificado como um dos principais pontos críticos, especialmente no que se refere aos fluxos inadequados, falhas na comunicação com a CRE e encaminhamentos incompatíveis com o perfil assistencial das unidades, comprometendo a efetividade e a resolutividade da rede de atenção materno-infantil.

b) Policlínicas:

Grande parte dos profissionais (80%) indicaram que existe articulação com APS e hospitais para reduzir a mortalidade materno-infantil, mas 20% dos entrevistados não identificaram esta integração. Ademais, 60% dos gestores afirmaram possuir controle gerencial sobre recursos aplicados na área materno-infantil.

A regulação, novamente, foi identificada como um processo crucial para a eficiência da rede de saúde. Quando mal executada, pode resultar em: atrasos nos encaminhamentos, (especialmente em casos urgentes) e direcionamento inadequado de pacientes, gerando sobrecarga em serviços ou demora no acesso ao cuidado especializado.

Outrossim, identificou-se problemas acerca do transporte de pacientes, já que estes estabelecimentos atendem muitos municípios vizinhos. Dessa forma, relatou-se alguns problemas relacionados à peregrinação de gestantes e crianças, vazios assistências e dificuldades de vincular e dar continuidade no cuidado deste público materno-infantil. Falhas nesse sistema, portanto, podem comprometer não apenas a resolutividade, mas também impactam diretamente a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

5.2.8. Sangue e Hemoderivados

No que se refere ao funcionamento geral, quanto ao fornecimento de sangue e hemoderivados, 50% dos hospitais relataram possuir algum estoque próprio. Nos casos em que há necessidade de aquisição externa, 100% dos hospitais informaram receber os insumos em menos de um dia. Apenas 1 (um) hospital mencionou possuir veículo próprio para transporte desses materiais.

Especificamente na macrorregião nordeste, em que não há estrutura de Hemocentros Estaduais próximos, todos os hospitais visitados relataram possuir acordos com hemocentros privados, sendo a logística de fornecimento de responsabilidade dessas entidades. Os gestores entrevistados, ainda, destacaram que o serviço de fornecimento externo privado é

eficaz, com tempo médio de entrega em torno de 20 minutos, exceto em casos de tipagens sanguíneas raras.

Por fim, 100% dos entrevistados afirmaram que, nos hospitais visitados, não existem dificuldades frequentes relacionadas à logística do fornecimento de sangue e hemoderivados.

5.3.Principais problemas identificados

A partir dos dados e informações coletados, foram identificadas dificuldades que podem impactar diretamente ou indiretamente a qualidade da assistência. A seguir, apresenta-se um quadro síntese com as principais características e desafios apontados nas policlínicas e hospitais, a partir das respostas dos profissionais participantes das entrevistas:

Quadro 11 - Quadro resumo das principais características e desafios das policlínicas e hospitais

Segmentação por Tipo de Unidade	
Policlínicas	Hospitais
Especialidades Médicas : Maior oferta de pediatria, obstetrícia e ginecologia (100%). Cardiologistas e neuropediatria têm menor disponibilidade. Principais Desafios : Falta de especialistas, dificuldades de integração com a APS (sobretudo na contrarreferência) e problemas de agendamento (absenteísmo e sobrecarga de trabalho).	Perfil de Atendimento : Maior foco em urgência, emergência e procedimentos cirúrgicos (cirurgia obstétrica em 83%, neonatal/pediátrica em 50%). Principais Desafios : Falhas na regulação de leitos, superlotação em UTIs adultas, infraestrutura física (56% apontaram inadequações) e déficit de especialistas em áreas específicas.

Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas (2025)

Assim, foi observada falta de articulação efetiva no fluxo de pacientes, o que compromete a integralidade do cuidado. Somam-se a isso falhas nos registros das cadernetas da criança e da gestante na APS e a falta de interoperabilidade entre os sistemas, o que gera informações incompletas quando esses pacientes são encaminhados para os serviços de média e alta complexidade.

Desse modo, verificou-se falhas importantes no processo de regulação, como encaminhamentos inadequados, que resultam na sobrecarga dos serviços e na chamada “peregrinação” dos pacientes em busca de atendimento. Associado a isso, identificou-se fragilidade na classificação de risco das gestantes, bem como dificuldades na continuidade e vinculação do cuidado da puérpera e do recém-nascido na APS, principalmente no processo de contrarreferência.

Outro problema relatado, refere-se às policlínicas, que, apesar de ofertarem consultas, frequentemente apresentam vagas ociosas. Essa situação ocorre, em grande parte, devido ao absenteísmo dos pacientes e ao modelo de agendamento, que é regulado exclusivamente pelo sistema (não sendo uma unidade de “porta aberta”, como a APS), além da falta de conhecimento dos usuários sobre o funcionamento desse tipo de serviço.

No tocante aos recursos financeiros, embora considerados pelos entrevistados como parcialmente suficientes para a manutenção dos serviços, persiste a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de controle e gestão financeira. Importante frisar que a maioria das unidades de saúde visitadas (exceto o Hospital de Rio Verde, que recebe recursos por meio de Plano de Fortalecimento), são geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSS) e Organizações da Sociedade Civil (OSC) vinculadas ao Estado por meio de contrato de gestão ou termo de colaboração e/ou fomento.

Ademais, outra fragilidade diz respeito ao transporte de pacientes até as policlínicas e hospitais, especialmente de municípios mais distantes ou dos vazios assistenciais. Este transporte costuma ser realizado pelas prefeituras e câmaras municipais, contudo foram relatados episódios de pressão por parte de motoristas, que exigem retorno rápido dos pacientes, o que tem levado à interrupção de atendimentos e à necessidade de reagendamento de consultas e exames.

Nesse contexto, a fragmentação da rede, expressa, principalmente, pela desarticulação entre os níveis de atenção e falta de comunicação entre os serviços, agrava os desafios, especialmente devido à insuficiente integração entre a Atenção Primária, a média e a alta complexidade. Esse cenário evidencia a necessidade urgente de estratégias voltadas à consolidação de redes assistenciais articuladas e resolutivas.

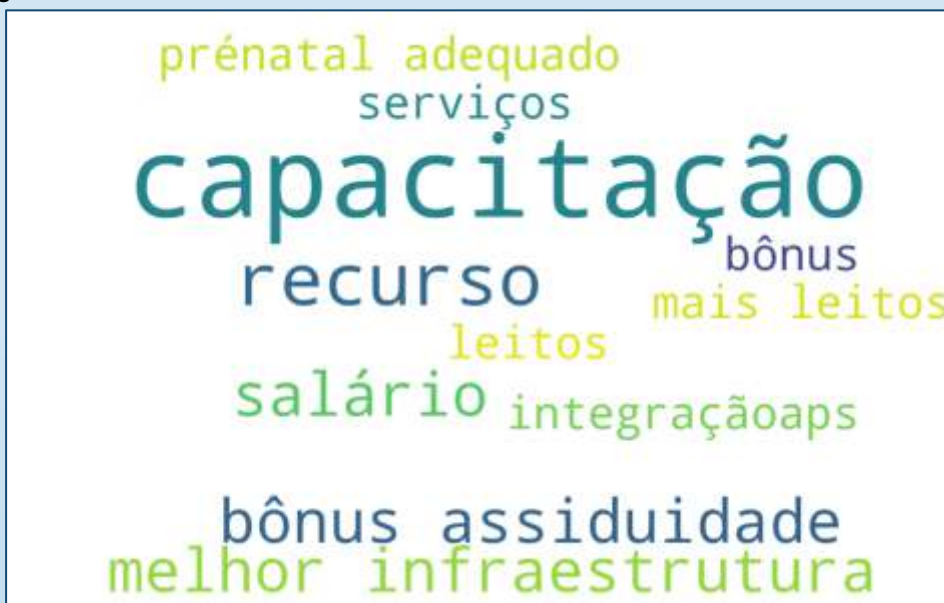
Além disso, foram identificadas fragilidades na infraestrutura e na logística, como a ausência de bancos de leite humano em todos os hospitais e a dependência de serviços terceirizados para o fornecimento de hemoderivados, o que não apenas eleva os custos, mas também amplia os riscos operacionais e pode comprometer a continuidade do cuidado.

Outrossim, a qualificação e o grau de adesão dos profissionais mostram-se fatores relevantes, especialmente no atendimento de situações de emergência e urgência, impactando diretamente na qualidade percebida pelos usuários. Por isso, outro ponto que merece destaque é o desconhecimento, por parte de muitos profissionais, sobre a “Rede Nascer”, o que evidencia a necessidade de investimento contínuo em capacitação e disseminação de informações para garantir a efetividade da política pública de saúde materno-infantil.

Oportunidade melhoria

Identificam-se importantes oportunidades de melhoria para o enfrentamento dos desafios previamente apresentados. Uma delas é a implantação e ampliação de protocolos assistenciais e de capacitações, especialmente com foco na Rede Nascer e em treinamentos específicos voltados ao atendimento materno-infantil. A capacitação, inclusive, foi o tema mais recorrente entre os entrevistados quando questionados sobre medidas que poderiam melhorar suas condições de trabalho, conforme ilustrado na nuvem de palavras a seguir:

Figura 5 - Nuvem de palavras - principais melhorias sugeridas pelos profissionais de saúde e gestores



Fonte: TCE-GO/Serv-Políticas Públicas (2025)

A nuvem de palavras reforça visualmente os principais temas apontados pelos profissionais de saúde e gestores como oportunidades de melhoria nas condições de trabalho e na qualidade dos serviços.

Observa-se que **“capacitação”** foi o termo de maior destaque, evidenciando a percepção coletiva sobre a importância de investimentos em formação continuada. Além disso, surgem de forma relevante termos como **“melhor infraestrutura”, “recurso”, “salário”, “bônus assiduidade”, “leitos”, e “integração APS”**, indicando que as demandas não se restringem apenas à qualificação profissional, mas também abrangem aspectos estruturais, financeiros e organizacionais.

Nesse sentido, uma ação importante seria a divulgação da Rede Nascir, de modo a garantir que todos os serviços compreendam seu papel dentro da rede assistencial e na linha de cuidado, favorecendo a articulação entre os diferentes níveis de atenção.

Além disso, torna-se essencial investir em capacitações contínuas, por meio de processos de educação permanente em saúde, bem como na aplicação de protocolos específicos, com foco tanto no aprimoramento técnico dos profissionais quanto na integração efetiva entre a atenção primária e os serviços especializados.

Outra oportunidade relevante reside no fortalecimento dos processos de regulação, tanto na referência quanto na contrarreferência, garantindo que os encaminhamentos sejam mais adequados, precisos e resolutivos. Outrossim, reforçara-se a necessidade da qualificação da comunicação, modernização e interoperabilidade dos sistemas de tecnologia da informação (TI), de modo a garantir encaminhamentos mais assertivos, priorizando o direcionamento dos pacientes para unidades que possuam o perfil assistencial adequado e disponibilidade de vagas.

Assim, outra medida estratégica seria o fortalecimento dos sistemas de informação, garantindo que sejam robustos, interoperáveis e compartilhados entre os diferentes níveis de atenção, o que permitirá maior agilidade na tomada de decisão, na gestão dos fluxos assistenciais e na qualificação dos dados para monitoramento e planejamento das ações.

Soma-se a isso a urgência de investir na melhoria da infraestrutura, abrangendo não apenas aspectos físicos, mas também logísticos e operacionais, sempre com foco na promoção da equidade, na integralidade do cuidado e na redução da mortalidade materno-infantil.

Nesse sentido, torna-se essencial otimizar os espaços físicos das unidades de saúde, seja por meio da construção ou adequação de ambientes específicos para o atendimento materno-infantil, da aquisição de equipamentos ou, ainda, da qualificação das condições gerais de conforto, acolhimento e funcionalidade dos serviços.

Ainda, destaca-se a necessidade de aprofundar a integração dos cuidados, fortalecendo a articulação entre a Atenção Primária à Saúde (APS), as policlínicas e os hospitais. Essa medida é fundamental para assegurar a continuidade do cuidado ao longo de todo o ciclo de cuidado (pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança), promovendo maior resolutividade e eficiência no sistema.

Por fim, no tocante a experiências exitosas identificadas nas visitas, ressalta-se, no caso específico do Hospital Estadual de Jataí, que está entre as cinco instituições brasileiras reconhecidas, em 2024, com o Prêmio Dr. Pinotti – Hospital Amigo da Mulher, a implementação do projeto “Nascir HEJ”. A iniciativa convida gestantes para conhecerem

previamente a maternidade, esclarecerem dúvidas e receberem orientações e acolhimento da equipe multiprofissional sobre o processo do parto. Essa boa prática demonstra resultados positivos na humanização do atendimento e pode servir como modelo a ser adaptado e replicado em outras unidades, considerando as particularidades de cada contexto local.

5.4. Interpretação dos resultados

Embora a pesquisa de campo não permita realizar inferências estatísticas mais robustas, foi possível identificar diferenças regionais e estabelecer algumas relações relevantes. Em primeiro lugar, observou-se que, nas localidades onde há maior oferta de capacitações e adesão dos profissionais, há também uma melhor avaliação do atendimento materno-infantil, especialmente nos serviços de emergência e urgência.

Por outro lado, unidades que enfrentam problemas na regulação, como encaminhamentos de pacientes fora do perfil assistencial ou além da capacidade instalada, são justamente aquelas que relatam maior sobrecarga e apontam a necessidade urgente de ajustes nos fluxos de atendimento. Esse cenário evidencia a importância de fortalecer os sistemas de regulação e tecnologia da informação (TI), de forma a evitar encaminhamentos inadequados e a consequente peregrinação dos pacientes em busca de atendimento.

Mesmo nos contextos em que a oferta de leitos é considerada numericamente adequada, persistem falhas estruturais associadas a encaminhamentos indevidos e à classificação inadequada de risco, o que compromete a efetividade do cuidado.

Quando comparados a estudos anteriores sobre redes de atenção materno-infantil, os resultados desta pesquisa confirmam a persistência de lacunas na articulação entre os níveis de atenção — Atenção Primária à Saúde (APS), policlínicas e hospitais. Do ponto de vista teórico, a APS deveria ser capaz de resolver até 85% das demandas assistenciais. Contudo, essa capacidade é limitada por diversos fatores, como dificuldades de acesso, ausência de uma postura ativa por parte dos usuários e limitações na capacidade de resolutividade e acolhimento dos serviços (Ferrer; Grisi, 2016).

O déficit de especialistas em áreas estratégicas segue sendo problema, o que reforça a necessidade da implementação de políticas de incentivo para a retenção desses profissionais em regiões mais remotas e de maior vulnerabilidade.

Além disso, a fragmentação dos serviços evidencia a urgência de aprimorar os processos de regulação e de promover ajustes no desenho da rede assistencial, fortalecendo sua integração.

Outro ponto crítico identificado foi a ausência de bancos de leite humano em todos os hospitais pesquisados, o que representa uma fragilidade significativa no que se refere à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Em relação à logística de sangue e hemoderivados, embora não tenham sido relatados atrasos frequentes, o processo mostra-se oneroso quando depende de hemocentros privados, além de vulnerável devido à falta de frota própria e à dependência de prestadores terceirizados, o que pode gerar riscos adicionais em situações críticas.

Diante desse cenário, torna-se essencial intensificar a divulgação da Rede Nascer, de seus protocolos e linhas de cuidado, junto aos serviços de saúde, garantindo que cada unidade compreenda claramente seu papel no funcionamento e fortalecimento da rede. Associado a isso, é imprescindível investir na capacitação contínua dos profissionais, bem como promover uma integração efetiva entre a Atenção Primária e os níveis de Média e Alta Complexidade, de modo a assegurar a oferta de um cuidado integral, qualificado e centrado nas necessidades da população.

Dessa forma, a organização dos serviços de saúde materno-infantil em redes integradas tem como objetivo superar a fragmentação do cuidado, qualificar a gestão e garantir uma atenção integral, equânime e de qualidade (Schiller *et al*, 2021). Isso inclui assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, ao acolhimento e à assistência humanizada durante a gravidez, parto, abortamento e puerpério, bem como às crianças o direito a um nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, contribuindo diretamente para a redução das taxas de mortalidade materna e infantil.

5.5. Conclusão

Os resultados das visitas *in loco*, embora não permitam generalizações estatísticas, evidenciam avanços relevantes, mas também desafios estruturais na organização da rede materno-infantil. A análise dos dados coletados revela que os desafios enfrentados decorrem, em grande medida, da fragmentação da rede assistencial, da insuficiente articulação entre os níveis de atenção, de falhas nos processos de regulação e da carência de profissionais em áreas estratégicas, especialmente nas regiões mais carentes ou nos vazios assistenciais.

Dentre os fatores críticos para a qualificação do cuidado, destacam-se a importância da atenção primária, do acompanhamento pré-natal e da intervenção precoce, assim como a exigência de investimentos contínuos na capacitação dos profissionais. Soma-se a isso a urgência em aprimorar a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde e dos processos de regulação.

Adicionalmente, ressalta-se necessidade da adoção de protocolos robustos de classificação de risco e, sobretudo, da integração efetiva entre os diferentes níveis de atenção (primária, média e alta complexidade) como elementos indispensáveis para aprimorar o atendimento e reduzir desfechos adversos na saúde materno-infantil.

Nas visitas foram identificadas melhorias na oferta e cobertura de serviços materno-infantis em policlínicas e hospitais, com destaque para o acesso a exames laboratoriais e de imagem. Entretanto, há desafios, como investimento em infraestrutura e capacitações contínuas, déficit de especialistas, falhas de transporte, na regulação de leitos/pacientes e dificuldades de integração entre os níveis de atenção.

Ante ao exposto, torna-se urgente a adoção de uma abordagem sistêmica, que priorize a integração entre Atenção Primária, Média e Alta Complexidade, alinhada a uma gestão orientada por dados, planejamento regionalizado, financiamento adequado e transparência na alocação de recursos.

Em síntese, a construção de uma rede assistencial integrada, resolutiva e humanizada demanda a implementação de ações articuladas, envolvendo gestores, profissionais de saúde e o comprometimento efetivo das políticas públicas. A superação das fragilidades estruturais e operacionais identificadas é uma etapa importante para garantir um cuidado materno-infantil qualificado, resolutivo, humanizado e centrado nas necessidades das mulheres, crianças e famílias. Dessa forma, esse fortalecimento da rede assistencial poderá contribuir para a redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil no Estado de Goiás.

Por fim, os principais apontamentos deste diagnóstico poderão, futuramente, subsidiar futuras avaliações e possibilitar a comparação e monitoramento de informações após um período da implementação da Rede Nascer.

6. ASPECTO ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO

Neste tópico apresenta-se uma análise abrangente da situação orçamentária e financeira referente à Saúde Materno-Infantil no Estado de Goiás no exercício financeiro de 2024. Foram examinados os programas e ações orçamentárias vinculados diretamente ou indiretamente ao atendimento de gestantes e crianças, apresentando análise da alocação inicial e da execução efetiva dos recursos, das fontes de financiamento e da distribuição regional dos investimentos. Adicionalmente, foi analisada a integração desses aspectos com os instrumentos de planejamento da saúde, visando avaliar a coerência e a eficiência da gestão pública na implementação das políticas direcionadas à saúde materno-infantil.

6.1. Programas e Ações Orçamentárias Relacionados à Saúde Materno - Infantil

Por meio do Despacho nº 907/2024/SES/GERAP-18346, a Secretaria de Estado da Saúde informou que antes da institucionalização da Rede Alyne e da Rede Nascer a Saúde Materno-Infantil era contemplada pelas ações 2516 – Gestão Indireta - Atendimento ambulatorial e/ou hospitalar e produção de hemocomponente, 2518 – Plano de Fortalecimento - Leito de UTI disponibilizado, 2496 – Realização de Aporte Financeiro para o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualifica APS), e 2502 - Atendimento à criança exposta ao HIV e HTLV - Fórmula Infantil.

Essas ações concentram-se na função Saúde e estão vinculadas ao programa 1043 – Saúde Integral registrado na Lei Orçamentária Anual (LOA) 2024 e no Plano Plurianual (PPA). A descrição do programa definida no PPA 2024-2027 apresenta objetivos que abarcam a saúde em geral de forma a promover a equidade do atendimento, regionalização dos serviços, ampliação de acesso, aperfeiçoamento da qualidade, melhoria de indicadores. No Plano não são definidos produtos específicos para a Saúde Materno-Infantil e o Orçamento não apresenta ações que atuem diretamente no problema público.

6.2. Análise da Alocação Orçamentária

A alocação orçamentária consiste na distribuição de recursos dentro do orçamento, destinada a atender as demandas da sociedade. Essa distribuição ocorre durante a etapa de planejamento, a qual definem as fontes de financiamento e a maneira como serão alocadas para atingir os objetivos estratégicos estabelecidos no Plano.

No que se refere à Saúde Materno-Infantil, não é possível identificar o volume de recursos previstos para alocação no exercício de 2024, uma vez que o Orçamento Geral do Estado não apresentou ações diretamente voltadas para o enfrentamento do problema público. As ações contempladas no programa Saúde Integral, em sua maioria, possuem caráter abrangente conferindo ao gestor discricionariedade na execução orçamentária, já que tais iniciativas podem abranger diversas políticas públicas de saúde. Em razão disso, a definição dos valores executados por política ocorre ao longo do exercício financeiro, no momento das contratações. Essa dinâmica compromete a transparência, pois não permite a identificação das políticas de saúde priorizadas pelo Estado.

Em entrevista concedida por servidores da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (2025)²⁶, foi destacado que o Estado não possuía uma portaria específica que organizasse a rede materno-infantil, como está sendo estruturado atualmente com a Rede Nascer. O principal marco utilizado até então era a Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde em 2011. O Estado possui formas de financiamento específicas e pontuais, como o custeio de serviços da Atenção Primária, tipologias de leitos hospitalares ou de alguns exames que englobam a gestante.

A secretaria também relatou que, diante da insuficiência de leitos de UTI neonatal na rede pública, houve a necessidade de contratação de leitos da rede privada, financiada com recursos do Tesouro Estadual. Ressaltou ainda que o financiamento da saúde materno-infantil no Estado combina recursos federais e estaduais, com destaque para hospitais estaduais

²⁶ Entrevista realizada por videoconferência, no dia 12/02/2025, pela equipe de avaliação da política pública de Saúde Materno-Infantil junto a servidores da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. A entrevista foi conduzida com o objetivo de complementar informações sobre a organização e o financiamento da Saúde Materno-Infantil no Estado.

especializados, como o Hospital Estadual da Mulher e a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, além de hospitais gerais que realizam partos e oferecem atendimento em UTI neonatal.

Destacou que, enquanto os recursos da Rede Cegonha são de destinação exclusiva e mais facilmente identificáveis, os investimentos estaduais possuem uma destinação pulverizada. Como exemplo, citou o Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN), que possui atendimento hospitalar geral, mas também faz parto e tem leito materno-infantil, que apresenta estruturado e precificado no contrato de gestão quanto vai custar o parto, a diária de leitos de UTI neonatal e outros.

6.3. Execução Financeira

A execução financeira é a utilização de recursos financeiros para se cumprir com as ações e despesas previstas na LOA e com a finalidade de se atingir os objetivos e metas estabelecidos no PPA.

Segundo informações prestadas pela Secretaria de Estado da Saúde, no exercício de 2024 foram destinados R\$ 143.616.768,96 no âmbito da Saúde Materno-Infantil. A distribuição desses recursos entre unidades hospitalares, ações orçamentárias e fontes de financiamento encontra-se detalhada no Quadro abaixo.

Quadro 12 - Recursos Destinados para a Saúde Materno-Infantil

Em reais				
Ação PPA	Unidade	Fonte de Recurso		Total
		Tesouro Estadual	Federal	
2516 - Gestão Indireta - Atendimento ambulatorial e/ou hospitalar e produção de hemocomponente	HEMU - Hospital Estadual da Mulher - Antigo Hospital Materno Infantil)	108.824.311,26	6.909.274,74	115.733.586,00
	HCN - Hospital Estadual do Centro Norte Goiano	-	2.266.650,00	2.266.650,00
	HEMNSL - Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes	25.616.532,96	-	25.616.532,96
Total		134.440.844,22	9.175.924,74	143.616.768,96

Fonte: Despacho nº 907/2024/SES/GERAP-18346

Apesar da Secretaria informar que esses recursos foram destinados a Saúde Materno Infantil, observa-se que unidades como o Hospital Estadual do Centro Norte Goiano (HCN) ofertam serviços médicos em múltiplas especialidades, não restritos às áreas de ginecologia,

obstetrícia e pediatria. Portanto, parte do recurso pode ter sido destinada a outros públicos-alvo.

Essas transferências foram realizadas para as Organizações Sociais responsáveis pela gestão e operação dessas unidades. Em consulta ao sistema *Business Object*, constatou-se divergência entre os valores informados pela Secretaria e os valores efetivamente empenhados e pagos, conforme demonstrado no Quadro 13.

Quadro 13 - Recursos Efetivamente Transferidos para as Unidades

Em reais

Organização Social	Unidade de Saúde	Valor Empenhado	Valor Pago
Instituto de Gestão e Humanização	HEMU	124.613.615,08	123.582.350,53
Instituto de Gestão e Humanização	HEMNSL	27.670.595,01	27.517.757,15
Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento	HCN	209.271.725,45	206.731.009,54
Total		361.555.935,54	357.831.117,22

Fonte: Sistema *Business Object*

A Secretaria informou ainda que a Saúde Materno-Infantil foi contemplada por recursos aplicados em outras ações orçamentárias que possuem entregas não exclusivas dessa política, Quadro 14. Os valores foram transferidos, majoritariamente, a municípios, cabendo a estes sua aplicação conforme a realidade local.

Quadro 14 - Recursos com Possível Impacto na Saúde Materno-Infantil

Em reais

Ação PPA	Unidade	Fonte de Recurso		Total
		Tesouro Estadual	Federal	
2518 - Plano de Fortalecimento - Leito de UTI disponibilizado	Hospital Materno Infantil de Rio Verde	7.766.836,08	-	7.766.836,08
2496 - Realização de Aporte Financeiro para o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualifica APS)	Municípios contemplados Edital n.º 001/2021 (SEI n.º 55270678) e Resolução CIB n.º 220/2021 (SEI n.º 55270530)	12.314.000,00	-	12.314.000,00
2502 - Atendimento à criança exposta ao HIV e HTLV - Fórmula Infantil	Goiânia	281.370,00	-	281.370,00
Total		20.362.206,08	0,00	20.362.206,08

Fonte: Despacho nº 907/2024/SES/GERAP-18346

No sistema *Business Object* identifica-se a seguinte situação sobre as transferências informadas:

- a) Para a ação 2518, os recursos transferidos com o objetivo de ampliar a oferta de serviços de saúde no Hospital Materno Infantil tiveram como beneficiário o Fundo Municipal de Rio Verde e os valores empenhados e pagos em 2024 foram de R\$ 5.892.148,08 e R\$ 4.461.748,08, respectivamente; e
- b) Para ação 2496, a totalidade de recursos empenhados e pagos foi de R\$ 10.692.000,00. Nos registros não constam quais municípios foram beneficiados com a transferência. O beneficiário cadastrado é o Fundo Estadual de Saúde de Goiás, CNPJ: 00.544.963/0001-56.

Além dos valores informados no Despacho, detectou-se que foram realizadas transferências a entidades que também podem prestar serviço ao público-alvo da Saúde Materno-Infantil:

Quadro 15 - Recursos Transferidos a Entidades com Possível Atendimento na Saúde Materno-Infantil

Em reais			
Ação PPA	Beneficiário	Valor Empenhado	Valor Pago
Projetos e Atividades na Área da Saúde Decorrentes de Emendas Parlamentares Impositivas - LOA 2024	Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Rio Verde	1.350.000,00	850.000,00
Projetos e Atividades na Área da Saúde Decorrentes de Emendas Parlamentares Impositivas - LOA 2024	Maternidade Dr. Adalberto Pereira da Silva	500.000,00	200.000,00
Adequação da Infraestrutura de Serviços De TI	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	1.882.160,00	1.882.160,00
Construção e Estruturação do Hospital de Águas Lindas de Goiás	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	34.665.031,12	34.365.031,12
Gestão Indireta - Atendimento Ambulatorial e/ou Hospitalar e Produção de Hemocomponentes	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	330.138.337,62	328.689.694,83
Total		368.535.528,74	365.986.885,95

Fonte: Sistema *Business Object*.

As transferências à Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Rio Verde (Centro Médico Augusta Bastos²⁷) e Maternidade Dr. Adalberto Pereira da Silva foram viabilizadas por emendas parlamentares impositivas. O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus é uma Organização Social responsável pela gestão e operação de múltiplas unidades, entre elas o Hospital Estadual de Águas Lindas de Goiás, Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia, Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos, Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim, e a Policlínica Estadual Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho – Goiás.

²⁷ <https://consultacnpj.redesim.gov.br/>

Cabe ressaltar que outras ações executadas pela Secretaria, tais como a ação 2489 – Cofinanciamento das Ações de Vigilância em Saúde; 2506 - Cofinanciamento de Componente Básico da Assistência Farmacêutica; 2505 - Cofinanciamento da Rede de Atenção Psicossocial; 2494 - Manutenção dos Serviços de Verificação de óbitos – SVO; 2493 - Contrapartida da Atenção Primária à Saúde; e 2492 - Cofinanciamento de Complexos Reguladores, embora não especificadas como ações da saúde materno-infantil, podem contemplar, indiretamente, esse público.

Dessa forma, constata-se a ausência de um controle sistemático por parte da Secretaria de Estado da Saúde sobre os recursos aplicados especificamente na Saúde Materno-Infantil, dificultando o rastreamento, direto ou indireto, da aplicação de recursos nessa política. Os registros financeiros disponíveis não permitem identificar com precisão a alocação dos recursos destinados para esse segmento.

6.4. Fontes de Recursos e Sustentabilidade

O Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público orienta que para assegurar o controle sobre a origem e a aplicação dos recursos os entes federativos devem utilizar a classificação por fontes ou destinações de recursos que tem por finalidade agrupar as receitas públicas, com a mesma regra de utilização, conforme as normas que regem sua aplicação nas despesas. Esse mecanismo evidencia a origem dos recursos e a finalidade de seu uso (STN, 2025).

Conforme destacado na seção anterior, o financiamento das ações de saúde deriva de transferências da União e de cotas do Tesouro Estadual. Para análise das fontes de financiamento, considerou-se os recursos informados pela Secretaria como destinados especificamente à Saúde Materno-Infantil. O Quadro 16 detalha as fontes/destinações dos recursos utilizados no exercício financeiro de 2024 para financiamento das ações.

Quadro 16 - Fonte/Destinação de Recurso para a Saúde Materno-Infantil

Em Reais	
Fonte/Destinação dos Recursos	Valor Empenhado
Transferências da União – Total	43.456.841,79
2.600.0232 – Transferências Fundo a Fundo do SUS – Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Exercícios Anteriores	11.401.532,57
2.601.0233 – Transferências Fundo a Fundo Do SUS - Bloco De Estruturação Da Rede De Serviços Públicos De Saúde - Exercícios Anteriores	5.865.800,78

1.605.0001 – Assistência Financeira Da União Destinada À Complementação Ao Pagamento Dos Pisos Salariais Para Profissionais Da Enfermagem	4.031.071,38
2.602.0238 – Transf.Fundo A Fundo Do SUS - Bl. De Man. Das Asps - Recursos Destinados Ao Enfrentamento Da Covid-19 No Bojo Da Ação 2100 - Exercícios Anteriores	1.124.868,65
2.603.0239 – Transf. Fundo A Fundo Do SUS - Bl. De Estr. Da Rede De Serv. Púb. De Saúde - Rec. Dest. Ao Enf. Da Covid-19 No Bojo Da Ação 21c0 - Ex. Ant.	458.839,78
1.600.0232 – Transferências Fundo A Fundo De Recursos Do SUS Provenientes Do Governo Federal - Bloco De Manutenção Das Ações E Serviços Públicos De Saúde	20.574.728,63
Cotas do Tesouro Estadual – Total	318.099.093,75
1.500.0100 – Recursos não Vinculados de Impostos – Receitas Ordinárias	263.488.965,09
2.500.0100 – Recursos Não Vinculados De Impostos- Receitas Ordinárias - Exercícios Anteriores	54.610.128,66
Total Geral	361.555.935,54

Fonte: Sistema *Business Object*.

Ressalta-se que os critérios adotados para o repasse de recursos federais aos estados variam de acordo com o tipo de financiamento e, em geral, estão vinculados ao atendimento de requisitos técnicos e condições de gestão previamente definidas. As modalidades de transferência incluem tanto os repasses realizados por meio de instrumentos convencionais quanto as transferências regulares e automáticas. Determinados repasses, especialmente aqueles voltados para ações específicas de média e alta complexidade, são condicionados à habilitação prévia de unidades hospitalares pelos entes federativos.

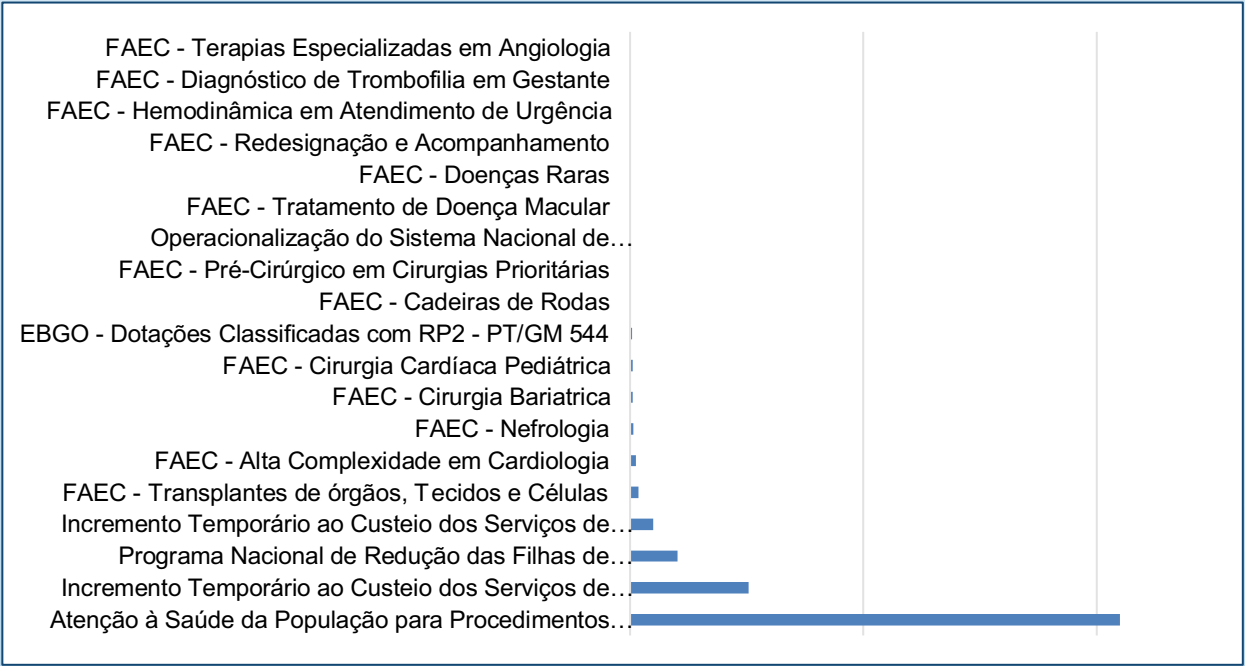
Apesar da identificação dos montantes, verifica-se que as fontes de recurso não apresentam informações detalhadas sobre o componente que originou o repasse, o que compromete a transparência e a rastreabilidade da aplicação final dos valores destinados às Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Durante entrevista, servidores da Secretaria de Estado da Saúde esclareceram sobre os repasses federais realizados ao Estado. Segundo o Superintendente de Planejamento da SES, as transferências da União chegam agrupadas dentro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e são recursos voltados para o custeio das unidades hospitalares habilitadas para o atendimento de média e alta complexidade, incluindo aquelas relacionadas à saúde materno-infantil.

Ressaltou ainda que os recursos federais são repassados pelo Ministério da Saúde como um valor único consolidado, sem detalhamento específico quanto à destinação por unidade ou serviço de saúde. Atualmente, os valores destinados ao custeio de média e alta complexidade (MAC) representam aproximadamente R\$ 33 milhões mensais, totalizando cerca de R\$ 400 milhões anuais. Esse montante inclui diversas áreas, como assistência farmacêutica, atenção primária, gestão do SUS e vigilância em saúde.

Conforme consulta ao painel InvesSUS do Fundo Nacional de Saúde²⁸, entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2024, foram emitidas ordens bancárias para o Fundo Estadual de Saúde de Goiás no total de R\$ 761.867.755,68 para custeio e investimento nas Ações e Serviços Públicos de Saúde. Desse valor, 79,40% referem-se ao grupo Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, correspondendo a R\$ 604.918.911,76. O grupo MAC é composto pelas ações apresentadas no Gráfico abaixo.

Gráfico 9 - Recursos Recebidos pelo Estado por Ação do MAC – 2024



Fonte: Elaborado pela equipe com informações do InvestSUS Painéis.

Ainda, do montante do grupo MAC, destaca-se a ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos do MAC com transferências ao Fundo Estadual de Saúde no valor de R\$ 419.878.924,48, composto pelo somatório das portarias vigentes²⁹ que habilitam as unidades de saúde.

²⁸ <https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada/acao>
²⁹ https://investsuspaineis.saude.gov.br/extensions/CGIN_Painel_FAF/CGIN_Painel_FAF.html

Para se ter o controle da origem e aplicação desses recursos os entes federativos devem utilizar a classificação por fontes ou destinações de recursos que tem por finalidade agrupar as receitas públicas, com a mesma regra de utilização, conforme as normas que regem sua aplicação nas despesas. Esse mecanismo evidencia a origem dos recursos e a finalidade de seu uso (MCASP, 2025).

6.5. Regionalização e Equidade na Distribuição dos Recursos

Para fins de gestão e planejamento do Sistema Único de Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde subdivide o território estadual nas seguintes macrorregiões: Centro Norte, Centro Sudeste, Centro Oeste, Nordeste e Sudoeste. Cada uma dessas regiões apresenta especificidades e necessidades próprias, refletidas em seus indicadores.

A Constituição Federal de 1988 estabelece que as diretrizes, objetivos e metas da administração pública sejam regionalizados no plano plurianual. Contudo, o PPA 2024-2027 do Estado de Goiás não apresenta as metas e a projeções financeiras de forma regionalizada, conforme exigido pela Constituição. Embora o Relatório de Iniciativas do Sistema de Planejamento e Monitoramento do Estado traga informações sobre a realização física e financeira por localidade, essas informações estão padronizadas, sendo repetidas para todas as regiões.

Ademais, conforme abordado em seções anteriores, verifica-se a ausência de ações ou iniciativas específicas relacionadas à saúde materno-infantil nas peças orçamentárias estaduais. Essa lacuna impede que se avalie com clareza se os investimentos realizados na área da saúde estão sendo distribuídos de maneira equitativa e compatível com a realidade das diferentes macrorregiões, prejudicando, assim, uma avaliação consistente sobre a adequação e eficiência do gasto público na perspectiva regional.

6.6. Articulação com o Planejamento Estadual

A compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) com os instrumentos de planejamento e orçamento de governo (Plano Plurianual - PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei Orçamentária Anual – LOA) constitui premissa essencial para o planejamento integrado no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme disposto no inciso V, parágrafo único, art. 94 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.

O Plano de Saúde é o principal instrumento para planejamento e definição das ações governamentais no setor, servindo como referência para a elaboração do planejamento orçamentário. Seu objetivo é explicitar os compromissos do governo para o período de quatro anos, orientando a definição e a implementação das iniciativas relacionadas ao SUS,

considerando as necessidades específicas de saúde da população identificadas por meio da análise situacional (Brasil, 2017).

No Plano Estadual de Saúde 2024-2027 está descrito que sua elaboração considerou o alinhamento com o planejamento governamental e orçamentário do Estado de Goiás, buscando vinculação às iniciativas constantes no Plano Plurianual (PPA) e aos compromissos assumidos no Plano de Governo.

Contudo, ao analisar o Plano Estadual de Saúde verifica-se que as metas e os indicadores foram vinculados às subfunções orçamentárias e não às iniciativas específicas previstas no PPA. Dentre as metas estabelecidas pelo PES, quatro estão diretamente relacionadas à saúde materno-infantil:

- 1. Meta 1.3.6** – Reduzir a taxa de mortalidade infantil para menos de 10 óbitos por 1.000 nascidos vivos.
Indicador: Razão de mortalidade infantil (Taxa por 1.000 NV).
Subfunção: 305 – Vigilância Epidemiológica.
- 2. Meta 1.3.12** – Reduzir a razão de mortalidade materna para 55 mortes a cada 100.000 nascidos vivos.
Indicador: Razão de mortalidade materna (Taxa por 100.000 NV).
Subfunção: 305 – Vigilância Epidemiológica.
- 3. Meta 1.3.16** – Aumentar em 2,5% ao ano o registro do estado nutricional em crianças menores de 10 anos.
Indicador: Número de crianças menores de 10 anos com registro de estado nutricional.
Subfunção: 306 – Alimentação e Nutrição.
- 4. Meta 1.3.18** – Manter em zero o número de doenças preveníveis por vacinas em menores de cinco anos, em processo de eliminação (sarampo, rubéola, poliomielite, hepatites virais e febre amarela).
Indicador: Número de casos confirmados dessas doenças.
Subfunção: 305 – Vigilância Epidemiológica.

Vale destacar que a subfunção orçamentária é um tipo de classificação da despesa pública que representa uma partição da função, visando agregar determinado subconjunto de despesa. Já a função reflete a missão institucional do órgão e corresponde basicamente a sua área de atuação, por exemplo, saúde, educação ou cultura³⁰.

Por sua vez, a Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento responsável por operacionalizar as intenções estabelecidas no Plano de Saúde, detalhando anualmente as metas e prevendo a alocação de recursos necessários à sua execução. A PAS também

³⁰ <https://portaldatransparencia.gov.br/entenda-a-gestao-publica/funcao-e-subfuncao>

subsidiar a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), além de constituir-se em base para o Relatório Anual de Gestão (RAG) (Brasil, 2017).

Na PAS 2024, as quatro metas relacionadas à saúde materno-infantil foram vinculadas às seguintes ações específicas:

- Implementação de ações visando a qualificação das informações sobre nascimentos e óbitos no Estado;
- Implementação de ações de vigilância do óbito materno;
- Implementação de ações de vigilância alimentar e nutricional;
- Implantação e implementação de ações para aprimoramento da vigilância epidemiológica e prevenção e controle das doenças preveníveis por vacina.

Entretanto, observa-se que as ações descritas na PAS não apresentam correspondência com as ações orçamentárias estabelecidas na LOA 2024. Ademais, embora a PAS inclua demonstrativo da programação orçamentária, as informações estão agrupadas por fonte de recurso, subfunção e categoria econômica, sem estabelecer uma conexão explícita com as metas e ações planejadas. Este descompasso entre planejamento e orçamento prejudica a execução articulada das ações, limita a transparência sobre a aplicação dos recursos públicos e compromete a efetividade do acompanhamento e da avaliação dos resultados obtidos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico situacional evidenciou avanços significativos na saúde materno-infantil a partir de um histórico de principais indicadores e políticas dessa temática. Entretanto, também revelou desafios persistentes que podem comprometer a efetividade, a equidade e integralidade da linha de cuidado ofertada às crianças, puérperas e gestantes.

A análise dos dados indica que, embora o estado de Goiás apresente indicadores socioeconômicos favoráveis no contexto nacional, importantes desigualdades regionais, raciais e etárias ainda permeiam os desfechos em saúde materno-infantil. Nesse aspecto, a elevação da razão de mortalidade materna a partir de 2020 e a estagnação recente da taxa de mortalidade infantil sinalizam a necessidade de novos estudos e debates acerca da qualidade e a resolutividade dos serviços, sobretudo nas regiões mais vulneráveis.

As informações analisadas também evidenciaram que, em muitos territórios, a fragmentação da rede de atenção, as falhas nos mecanismos de regulação e a insuficiência na oferta e realização de pré-natal tempestivo e de qualidade comprometem a continuidade do cuidado e contribuem para a sobrecarga dos serviços de maior complexidade. Esse cenário é

agravado pelo déficit de profissionais especializados, a ausência de bancos de leite humano e as dificuldades logísticas para garantir transporte adequado e acesso oportuno a exames, especialmente em áreas reconhecidas como vazios assistenciais.

Quanto ao aspecto orçamentário e financeiro, a análise evidenciou fragilidades relevantes na estrutura orçamentária e financeira da política de atenção à saúde materno-infantil em Goiás. A ausência de ações específicas nas peças orçamentárias, somada à alocação genérica de recursos no programa “Saúde Integral”, dificulta a identificação dos valores efetivamente destinados à política, compromete a transparência e limita a capacidade de monitoramento e avaliação.

A execução orçamentária apresenta inconsistências entre os dados informados pela Secretaria e os registrados no Sistema de Execução Orçamentária e Financeira, especificamente os valores empenhados e pagos. Verificou-se também uma baixa rastreabilidade dos recursos aplicados nas Ações e Serviços Públicos de Saúde. Além disso, constatou-se a falta de correspondência entre os instrumentos de planejamento setorial (Plano Estadual de Saúde e PAS) e o orçamento público, e a inexistência de metas e projeções financeiras regionalizadas.

Por fim, este diagnóstico situacional representa um marco importante para o acompanhamento da política estadual de Atenção à Saúde Materno-Infantil, constituindo-se com uma referência para avaliações futuras. Seus apontamentos podem oferecer subsídios para o planejamento em saúde, ao reunir dados significativos a partir de uma análise integrada dos contextos socioeconômico, demográfico, orçamentário e epidemiológico. Desse modo, espera-se que os esforços empreendidos para o fortalecimento da atenção materno-infantil contribuam para a redução da morbimortalidade evitável e para a garantia do direito à saúde de mulheres, crianças e famílias em Goiás.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. M. S. A. Abrigar, educar e instruir: a política higienista e a educação de meninas desvalidas nas instituições de assistência no Pará (1850-1910). **Educar Em Revista**, v. 34, n.70, p.137–152. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.58770>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **ISO Guia 73:2009**. Rio de Janeiro, 2009.

_____. **Informação e Documentação – Apresentação de citações em documentos** : NBR 10520. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Informação e Documentação – Numeração progressiva das seções de um documento escrito** . NBR 6024. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **Informação e Documentação – Referências – Elaboração**. NBR 6023. Rio de Janeiro, 2000.

ASSIS, T. R.; CHAGAS, V. O., GOES, R. M., SCHAFHAUSER, N. S., CAITANO, K. G., MARQUEZ, R. A. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil?. **RECIIS**, v. 13, n. 4, 2019.

AUDRIN, F. J. M. **Os sertanejos que eu conheci** . Rio de Janeiro: José Olympio, 149 p.,1963.

BANCO MUNDIAL. **Brasil Saúde Materno -Infantil**. Report nº. 23811-BR 2002. (Public Disclosure), Unidade de Gestão do Brasil, Região da América Latina e Caribe, Washington DC: The World Bank Group. 2002.

BISOGNIN, E.; VALANDO, R. R.; BÜTENBENDER, P. L.; MUELLER, A. A. **Capacidade estatal no contexto local de saúde** . IV Simpósio Latino-Americano de Estudos de Desenvolvimento Regional. 2024.

BONFIM, L. G.; SILVA, M. L. P; OLIVEIRA, E. C. T.; MOURA, C. B. P. C. B. P. Gravidez na adolescência nas regiões e estados brasileiros ao longo da última década (2010 a 2021). **Contribuciones a Las Ciencias** Sociales, São José dos Pinhais, v.18, n.3, p. 01-16, 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** . Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Decreto-Lei nº 2.024**, de 17 de fevereiro de 1940. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html> > Acesso em: 15 abr. 2025.

_____. **Lei nº 9.610**, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/QUADRO/1998.htm>. Acesso em: 13 jul. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília 5 a 8 de agosto de 1975. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0212cns_anais1.pdf>. Acesso em 20 abr. 2025.

_____. Ministério da Saúde. **Balanco de três anos do pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 80 p. : il. – (Série I. História da Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal** – Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.– (Série I. História da Saúde no Brasil)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralização. Coordenação-Geral de Integração Programática. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 1 de 2017** – origem Port. MS/GM 2135/2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017a. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>.
Acesso em: 27 mar. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 569, de 1º de Junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré -natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>.
Acesso em 27 mar. 2025.

_____. Ministério do Planejamento. **Manual Técnico de Orçamento – MTO 2009.** Brasília, 2008. Disponível em: < <http://www.planejamento.gov.br>>. Acesso em: 16 nov. 2008a.

_____. Tribunal de Contas da União. **Padrões de Auditoria de Conformidade** . Brasília, 2009a.

_____. Tribunal de Contas da União. **Padrões de Monitoramento.** Brasília, 2009b.

_____. Tribunal de Contas da União (TCU). **Resolução nº 185**, de 13 de dezembro de 2005. Dispõe sobre o plano de fiscalização previsto no art. 244 do Regimento Interno do TCU. Brasília, 2005. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/juris/Web/Juris/ConsultarAtoNormativo/ConsultarAtoNormativo.faces> Acesso em: 24 abr. 2009c.

_____. Tribunal de Contas da União (TCU). **Resolução nº 155**, de 4 de dezembro de 2002. Aprova o Regimento Interno do Tribunal de Contas da União. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://www.tcu.gov.br>>. Acesso em: 8 set. 2008 b.

_____. Tribunal de Contas da União. **Técnicas de Apresentação de Dados** . Brasília, 2001.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. de S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília** , v. 65, n.2, p. 227-244 abr/jun 2014.

CECATTI, J. G; SOUZA J. P. OLIVEIRA NETO, A. F.; PARPINELLI M. A; SOUZA, M. H, SAY, L.; PATTINSON, R. C. **Pre-validation of the WHO organ dysfunction based criteria for identification of maternal near miss** . Reprod Health. 2011;8:22.

CONCEIÇÃO, J. T. **Internar para Educar: colégios -internatos no Brasil** (1840-1950). Aracaju: Edise, 2017.

DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha: da concepção à implantação** (monografia). Brasília (DF): Escola Nacional de Administração Pública; 2013.

GOIÁS. **Constituição do Estado de Goiás** . Goiás: Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, 1989.

_____. SES. **Resolução 123/2014 – CIB**. Aprova o Plano de Ação da Rede Cegonha das Macrorregiões Nordeste e Sudoeste do Estado de Goiás. 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **Censos Demográficos e Projeção da Pop. do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050** - Revisão 2008

LELA, M. C.; BITTENCOURT, S. A.; PEREIRA, A. P. E.; AYRES, B. V. S.; SILVA, L. B. R. A. A.; THOMAZ, E. B. A. F.; LAMY, Z. C.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J. A.; GAMA, S. G. N.; DOMINGUES, R. M. S. M.; VILELA, M. E. A. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n.7, p.e00223018, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>

MAGALHÃES, S. M.; NAZARENO, E. Doenças das crianças goianas no século XIX. Os registros de óbitos do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. **Varia Historia**, v. 29, n. 50, p. 491–511, 2013. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-87752013000200007>>. Acesso em 20 abr. 2025.

MELO, E. N. N. de.; MORAIS NETO, O. L.; VASCONCELOS, A. M. N. Maternal Mortality in Goiás: Causes of Maternal Death and Barriers to Underreporting. **MedXIV**. 2025 <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.03.25.25324647v1.full-text>

MORAIS, A. K. C; MORAES, B. A. R. As causas da mortalidade infantil no estado de Goiás no ano de 2021. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”**, 2024.

NAKAMURA-PEREIRA, M., MENDES-SILVA, W.; DIAS, M.A.B.; REICHENHEIM, M. E; LOBATO, G. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do near miss materno. **Cad Saúde Pública**, v. 29. p.1333-45, 2013.

OLIVEIRA, L. C.; COSTA, A. A. R. Near miss materno em unidade de terapia intensiva: aspectos clínicos e epidemiológicos. **Revista Brasileira De Terapia Intensiva**, v. 27, n.3, p. 220–227, 2015. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150033>

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; Souza, M. K. B. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1,, p.e310105. 2021 <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>.

PEREIRA, A. R. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. **Revista Brasileira De História**, v. 19, n.38, p. 165–198, 1999. <https://doi.org/10.1590/S0102-01881999000200008>

ROSTIROLLA, L.; ADAMY, E. K., VENDRUSCOLO, C., ARGENTA, C., ZANATTA, E. A. Diagnóstico situacional da atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem do Centro -Oeste Mineiro**, v. 13, 2023. Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4739/3015>> Acesso em: 25 jun. 2025.

SANTOS, I. L. F., GAÍVA, M. A. M., SALGE, A. K. M. Utilização da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, p. v20a26-v20a26, 2018. <https://doi.org/10.5216/re.e.v20.49053>.

SAY, L., SOUZA, J. P., PATTINSON R. C; WHO. Working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss-towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v.23, n.3, p.287-96, 2009

SCHILLER, C. O. A.; BELLANI, W. A. G. O.; MOYSÉS, S. J. Werneck, R. I. Ignácio, S. A.; MOYSÉS, S. T Validação de face e construto do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-infantil (IARAMI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3657-3670, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/ncBKGVCV9rGxmZszKdQFV6c/>> Acesso em: 30 jun. 2025.

SERRANO, C. V. Programa regional de desenvolvimento de saúde materno-infantil no Brasil (PROCAF). **Bol Ofic. sanit Panamer**, v. 82, n.3, 1977.

SILVA, T. M. A., Ferreira, L. O. A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil (1940-1960). **História, Ciências, Saúde-manguinho s**, v. 18, p. 95–112, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500006>

SOUZA, J. P, CECATTI J. G, FAUNDES A.; MORAIS, S. S., VILLAR, J., CARROLI, G., ACOSTA, A. World Health Organization. 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. **Bull World Health Organ**. v. 88, n. 2, p.113-9, 2010.

SOUZA, R. B.; COSTA, L. A. T.; Faria, K. Y. S. . Saúde, assistência e educação: a institucionalização da infância carente em Goiás no Século XX. **Educar Em Revista**, v. 39, e87515, 2023. <https://doi.org/10.1590/1984-0411.87515>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques**. - São Luís 43 p., 2016.

VICTORA, C. G, BAHLE, R., BARROS, A. J, FRANÇA, G. V.; HORTON, S. , KRASEVEC J.; ROLLINS, N. C Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**.v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.