



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems|GO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

RELATÓRIO DA 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO GRUPO DE TRABALHO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Data: 16/09/2025

Horário: 14:00 horas

Por videoconferência

PAUTA

Dra. Divania Dias da Silva Franca, Coordenação Geral de Apoio as Ações de Vigilância em Saúde - Subsecretaria de Vigilância e Saúde, iniciou a apresentação destacando que está representando a Dra. Flúvia como Subsecretária de Vigilância e Saúde. Informou a presença da superintendente de Vigilância Epidemiológica e Imunizações, Dra. Cristina Laval, e também da superintendente de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador, Eliane Rodrigues está presente pelo COSEMS. Patrícia foi convidada a se apresentar, assim como os demais participantes.

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – SMS Araçu e Presidente do COSEMS, agradeceu à Dra. Divania e cumprimentou todos os presentes, destacando de forma especial os técnicos municipais e estaduais, coordenadores, superintendentes e secretários municipais de saúde. Reforçou a importância da participação ativa no Grupo de Trabalho, que iniciou com mais de 100 participantes, evidenciando que a provocação feita durante o seminário foi válida. Ressaltou que o papel do seminário é justamente esse: mobilizar e engajar. Enfatizou que, diante de tantas publicações e acontecimentos, é necessário estar unido. Incentivou os participantes a provocarem seus técnicos municipais para que entrem e participem efetivamente, não apenas assistam. O objetivo é direcionar as discussões e apoiar aquilo que converge com as necessidades dos 246 municípios goianos. Finalizou desejando que tudo ocorra bem, com Deus no comando.

Dra. Divania Dias da Silva Franca, Coordenação Geral de Apoio as Ações de Vigilância em Saúde - Subsecretaria de Vigilância e Saúde, concordou com Patrícia e informou que o Grupo de Trabalho já conta com 201 participantes na sala. Anunciou o início da sétima reunião ordinária do Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde. Como primeira pauta de apresentação e discussão, passou a palavra para Dra. Ana Cristina, Gerente de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, que abordará o risco de reintrodução do vírus do sarampo.

1 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO:

1.1 – Risco de reintrodução do vírus do sarampo. Luciana Augusta Alves- Coordenação de Doenças Imunopreveníveis e Respiratórias (GVEDT/SUVEPI/SUVISA)

Dra. Ana Cristina, Gerente de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, cumprimentou os participantes e se apresentou como Gerente de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Informou que o alerta sobre o risco de reintrodução do sarampo está sendo emitido devido aos diversos comunicados realizados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde. Apresentou notícias que dez países das Américas notificaram surtos de sarampo em 2025, o que vem chamando atenção. Reforçou que a vacinação é essencial para a proteção contra a doença, conforme destacado pela Organização Pan-Americana da Saúde, que tem reforçado a importância das coberturas vacinais. Apontou uma notícia recente, de 12 de setembro, que mostra um aumento de 34 vezes nos casos de sarampo em 2025 em comparação com o ano anterior. Reforçou a necessidade de intensificar as estratégias de prevenção e controle da doença. Apresentou a situação epidemiológica do sarampo no mundo, com dados de casos confirmados em países da Europa, África, Sudeste Asiático, Américas, Pacífico Ocidental e Mediterrâneo Oriental. Informou que, em 2025, já foram registrados 239.816 casos suspeitos e 108.074 casos confirmados de sarampo. No contexto das Américas, foram confirmados 9.865 casos, distribuídos entre países como Argentina, Bolívia, Brasil (com 27 casos), Canadá (com destaque de 4.206 casos), Costa Rica, México (3.930), Peru, Estados Unidos e Paraguai. Em 2024, o total de casos foi de 244, evidenciando o aumento expressivo em 2025, com registro de 20 mortes pela doença. Lembrou que o Brasil recebeu, em 2024, a recertificação de eliminação da circulação endêmica do sarampo e da rubéola. No entanto, em 2025, voltou a observar circulação do vírus, o que coloca em risco a manutenção do certificado concedido pela Organização Mundial da Saúde. Esse certificado é baseado na ausência de transmissão sustentada do vírus no território nacional, e não na ausência de casos. Informou que, dos 27 casos registrados no Brasil, 22 são do Tocantins, estado que ainda mantém surto sustentado. Para que não haja transmissão sustentada, é necessário um período de 12 semanas sem registro de novos casos com início de sintomas. O surto ativo no Tocantins teve início na semana epidemiológica 27. Reforçou o compromisso assumido pelo Brasil junto à OMS e à Organização Pan-Americana da Saúde de notificar e investigar oportunamente os casos, interromper a cadeia de transmissão e intensificar as ações de imunização para manter o certificado de eliminação. Destacou que os genótipos circulantes no Brasil são de casos importados, não sendo de transmissão local. Demonstrou, em seguida, dados sobre a vigilância epidemiológica do sarampo em Goiás, foi destacado que há uma vigilância ativa, porém é necessário aprimorar as ações nos 246 municípios para evitar surpresas diante da ocorrência de casos no Estado. Diversas ações estão sendo desenvolvidas, como capacitações e busca retrospectiva de casos de sarampo, além de uma retrospectiva comunitária de sintomáticos respiratórios. Também está sendo realizada vigilância ativa laboratorial por meio do LACEN. Todos os casos com sinais clínicos compatíveis, febre e exantema, que apresentarem resultado negativo para arboviroses são automaticamente processados para investigação de outras patologias, incluindo o sarampo. A vigilância ativa tem como objetivo identificar casos e monitorar a qualidade das amostras, as sorologias e os dados coletados. Atualmente, há um percentual pequeno de sorologias encaminhadas ao LACEN para RT-PCR (1%) e um volume

um pouco maior de 16% de amostras processadas. Ainda há 10 casos em investigação. No slide seguinte, foram apresentados os fatores de risco para reintrodução de casos autóctones de sarampo no Estado. É necessário considerar o cenário mundial de circulação do vírus em todos os continentes, inclusive nas Américas. Entre os fatores estão o alto fluxo de viajantes, turismo, negócios e imigração. Foi mencionado que os casos ocorridos em Tocantins foram registrados em uma comunidade de imigrantes não vacinados, caracterizada por hesitação vacinal. Essa hesitação pode estar relacionada a fatores ideológicos, religiosos, culturais, socioeconômicos, geográficos e à baixa sensibilidade dos profissionais de saúde para identificação de casos suspeitos. A baixa incidência de casos pode dificultar a identificação, por isso é fundamental atenção aos indicadores e à capacitação das equipes para reconhecer sinais clínicos compatíveis com sarampo. Apresentou os indicadores de qualidade da vigilância do sarampo, destacando a taxa de notificação de casos suspeitos como uma medida da sensibilidade do sistema em capturar esses casos. Uma taxa baixa pode indicar falhas na identificação, especialmente se o caso for detectado tarde, já com transmissão sustentada, sem que se consiga identificar o caso índice. Esse tipo de situação revela falhas tanto na assistência quanto na vigilância, especialmente na identificação do caso primário. A investigação oportuna inclui a realização de visitas domiciliares em até 48 horas após a notificação. Reforçou que a notificação deve ocorrer diante de um caso suspeito, e não apenas quando há confirmação. Uma investigação rápida permite a adoção de medidas de controle mais eficazes e precoces, visando interromper a cadeia de transmissão. A investigação adequada avalia a qualidade das informações registradas na ficha de notificação, como as datas de início dos sintomas (febre, exantema), os sintomas característicos e se o caso atende à definição. A coleta e o envio oportuno de amostras, sangue para sorologia, secreções para RT-PCR e diagnóstico laboratorial, devem ocorrer dentro dos prazos corretos após o início dos sintomas. A data dos sintomas é essencial para subsidiar a realização dos exames pelo LACEN. Reforçou a importância de que as amostras cheguem ao LACEN com qualidade e dentro do tempo adequado. A confirmação laboratorial e a genotipagem são etapas cruciais. O LACEN é responsável por confirmar o caso e identificar o genótipo do vírus, diferenciando o vírus selvagem do vírus vacinal. Chamou atenção para o fato de que, quando a amostra é enviada a um laboratório da rede privada, é necessário que também seja coletada uma amostra para o LACEN, pois os laboratórios privados não realizam esse diagnóstico diferencial. Esse diagnóstico é importante, pois uma pessoa vacinada recentemente pode apresentar soroconversão, e apenas o LACEN é capaz de identificar se se trata de vírus vacinal ou selvagem. Reiterou a importância de identificar a sensibilidade da vigilância dos municípios para a detecção de casos suspeitos de sarampo. Caso não haja registro de nenhum caso suspeito, com febre, exantema e um ou mais sintomas sugestivos, é necessário enviar a notificação negativa, demonstrando ao Ministério da Saúde que o Estado está vigilante e atento à identificação de possíveis casos. Esses indicadores são fundamentais para monitorar a eficácia do sistema de vigilância em saúde, permitindo a identificação de falhas e o direcionamento de ações de melhoria, o que precisa ser aprimorado para manter o Estado livre do sarampo. Apresentou o mapa de risco elaborado pelo Ministério da Saúde, com base nos dados fornecidos pela vigilância estadual. O Ministério enviou um questionário aos 246 municípios, abordando temas como cobertura vacinal, desigualdade de renda, presença de turismo, deslocamentos internacionais, densidade populacional, equipes da Estratégia de Saúde

da Família e capacidade de resposta rápida da vigilância epidemiológica frente ao sarampo. Com base nesses indicadores, foi definido o mapa de risco do estado: 75 municípios foram classificados como de alto risco para reintrodução do sarampo; 171 municípios foram classificados como de médio risco. Dentre esses, 21 municípios compõem a Região Metropolitana de Goiânia, representando aproximadamente 38% da população do Estado. Foi feito um alerta para que se mantenha a vigilância ativa, especialmente considerando que os indicadores atuais ainda podem ser aprimorados. A taxa de notificação preconizada pelo Ministério da Saúde é de 2 casos por 100.000 habitantes, enquanto o Estado apresenta uma taxa de 0,43, o que reforça a necessidade de intensificar os esforços junto aos municípios para melhorar os indicadores. Os demais indicadores estão dentro dos padrões aceitáveis. Apresentou as principais ações diante de um caso suspeito de sarampo, destacando a importância de conhecer a definição de caso suspeito: todo indivíduo que apresenta febre e exantema maculopapular. Reforçou que não existe sarampo sem febre e sem exantema. Esses sintomas devem estar acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais: tosse, coriza ou conjuntivite, independentemente da idade ou situação vacinal. Comentou que, mesmo vacinada, a criança pode apresentar reação, e que esse ponto será abordado pela equipe de imunização. Reforçou a importância da notificação de eventos adversos, destacando que é necessário saber se houve vacinação e qual foi a data. Em alguns casos, o uso recente de antibióticos pode provocar reações semelhantes, sendo essencial investigar o histórico de medicamentos utilizados. A notificação deve ser imediata. A investigação precisa ser realizada em até 48 horas após a identificação do caso suspeito. Após a coleta da amostra e seu encaminhamento ao LACEN, o bloqueio vacinal deve ser iniciado em até 72 horas. Não é possível aguardar uma semana para iniciar o bloqueio, pois o objetivo é interromper a cadeia de transmissão e monitorar os contatos. Reforçou ainda que, diante de um caso suspeito, a notificação deve ser imediata. A investigação precisa ser iniciada e complementada em até 48 horas. Caso o paciente atenda à definição de caso suspeito, a coleta de amostra deve ser realizada e encaminhada ao LACEN. A partir disso, o bloqueio vacinal deve ser desencadeado automaticamente em até 72 horas. Não é possível aguardar uma semana para iniciar o bloqueio, pois ele deve ser imediato, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e monitorar os contatos. Esses contatos devem ser acompanhados por até 30 dias, até que todos os exames e resultados laboratoriais estejam concluídos. O isolamento da pessoa com suspeita de sarampo deve ocorrer por, no mínimo, quatro dias após o início do exantema. A coleta de amostras deve ser feita no local, sem deslocamento do paciente, e todas as medidas de interrupção da cadeia de transmissão devem ser organizadas imediatamente. Visando o controle de novos casos com menor prazo possível. É necessário comunicar a Vigilância Epidemiológica Municipal, Regional e Estadual, enviando cópia da ficha de notificação. Também é possível acionar o CIEVS, que funciona em regime de plantão 24 horas, incluindo finais de semana, feriados e período noturno. Caso não haja plantão disponível, deve-se deixar um ponto focal acessível para garantir que todas as ações sejam iniciadas o mais precocemente possível. Destacou a importância da qualidade da vigilância epidemiológica do sarampo, a investigação adequada, com o preenchimento completo e adequado da ficha de notificação, especialmente os campos obrigatórios para definição e encerramento do caso. Reforçou a atenção à coleta e envio de material, à data de início dos sintomas e às recomendações atuais, que incluem atenção especial aos grupos mais vulneráveis, que incluem imigrantes, viajantes

internacionais, comunidades com baixa adesão vacinal e trabalhadores da saúde. Citou um caso ocorrido em Tocantins envolvendo um profissional da saúde não vacinado, reforçando a necessidade de atualização da caderneta de vacinação e capacitação dos profissionais. Informou que estão sendo realizadas capacitações com as equipes do CIEVS de resposta rápida, com apoio de Dr. Fabiano, visando a atuação diante de casos suspeitos. Também estão sendo promovidas ações educativas junto à comunidade e medidas de prevenção e controle, especialmente em municípios limítrofes como Tocantins. Ressaltou a importância de manter o esquema vacinal atualizado e a cobertura vacinal ideal para proteger a população. O mapeamento de risco das microrregiões deve considerar baixa cobertura vacinal, alto fluxo de pessoas, presença de imigrantes e locais turísticos. É necessário elaborar um plano de mitigação de risco de sarampo no território, com medidas primárias a serem adotadas para evitar a transmissão. Finalizou apresentando os contatos disponíveis e informou que estão em diálogo com as regionais mais próximas da Região Metropolitana, Regional Central e Centro-Sul, com previsão de capacitações para os municípios de maior risco. Colocou-se à disposição para esclarecimentos e trabalho conjunto.

Dra. Divania Dias da Silva Franca, Coordenação Geral de Apoio as Ações de Vigilância em Saúde - Subsecretaria de Vigilância e Saúde, agradeceu à Dra. Ana Cristina pela apresentação, destacando que foi bastante detalhada e técnica. Chamou atenção para pontos importantes evidenciados, como os resultados do Dia S de Mobilização Nacional, parabenizando todos os municípios e os técnicos que atuam na área da vigilância. Ressaltou o número expressivo de buscas retrospectivas realizadas, tanto institucionais quanto comunitárias, demonstrando o comprometimento do estado de Goiás com os chamamentos realizados. Alertou para o fato de que, na escala de monitoramento de risco, nenhum município foi classificado como de baixo risco. São 75 municípios em alto risco e 171 em médio risco. Esse dado é preocupante, especialmente diante da fala de Dra. Ana Cristina sobre o número de casos confirmados no estado do Tocantins e as baixas coberturas vacinais. Diante disso, fez um convite aos gestores municipais e às áreas técnicas para que estejam sensíveis e comprometidos com o cumprimento das prerrogativas apresentadas. Informou que a apresentação será compartilhada com todos os gestores, com o COSEMS, com a LITIS e com as regionais, para que seja disseminada o mais rapidamente possível, visando obter boas respostas. Em seguida, passou a palavra para a Dra. Cristina para que fizesse suas ponderações. Informou que a fila está aberta para comentários e questões, e que os participantes podem levantar a mão para solicitar a palavra.

Dra. Cristina Aparecida Borges Pereira Laval - Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização, iniciou com um agradecimento e contextualizou que já estão ocorrendo reuniões técnicas semanais com a participação da área técnica de sarampo, junto ao Ministério da Saúde, para acompanhar de forma próxima o risco real de reintrodução do vírus. Informou que também foi realizada uma reunião extraordinária da Câmara Técnica de Epidemiologia com foco exclusivo nesse tema. Chamou atenção para o que já havia sido mencionado, destacando que, apesar do esforço dos gestores municipais e dos gestores nas regionais de saúde, a situação atual em relação ao risco não é confortável. Conforme relatado por Ana Cristina, houve um surto bem localizado e bastante expressivo no estado do Tocantins, cuja fronteira é próxima ao estado do Maranhão. O Ministério da Saúde, além de concentrar esforços nos estados com casos confirmados, está atuando em todas as frentes de

vigilância, imunização e assistência nas áreas de fronteira, considerando que vários países da América do Sul têm apresentado número expressivo de casos confirmados. Dentro das fronteiras nacionais, destacou que é fundamental que os gestores estejam sensibilizados para apoiar e mobilizar suas equipes técnicas, especialmente no que se refere à vigilância, não apenas a vigilância retrospectiva, cuja próxima ação será o Dia S, previsto, se não houver engano, para novembro, mas também a vigilância em tempo real, de modo que as equipes de saúde estejam preparadas para reconhecer casos suspeitos de sarampo e iniciar imediatamente todas as ações necessárias de vigilância. Enfatizou também a importância da vacinação, lembrando que a cobertura vacinal para o sarampo, assim como para outras vacinas do Programa Nacional de Imunizações (PNI), está muito abaixo do desejado, o que amplia o risco de reintrodução. Se o vírus porventura for reintroduzido, mas não encontrar pessoas suscetíveis, será possível conter a disseminação. No entanto, se houver bolsões de não vacinados, que vêm se acumulando ao longo dos anos, o risco aumenta significativamente. Reforçou a necessidade de que as equipes municipais, ao planejarem suas ações, considerem não apenas a vacinação contra o sarampo, mas todas as vacinas com baixa cobertura. Ressaltou a importância do microplanejamento, analisando o que pode ser feito em cada território para facilitar o acesso da população e garantir que a vacina chegue de forma efetiva, especialmente em municípios com extensas áreas rurais, chácaras e fazendas, onde muitas vezes, idosos e crianças pequenas não se deslocam com frequência. Finalizou destacando que é essencial manter a atenção diante desse cenário e que a parceria com os gestores regionais e municipais é fundamental para enfrentar o desafio do sarampo e das demais doenças imunopreveníveis.

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – SMS Araçu e Presidente do COSEMS, considerou perfeita a apresentação realizada por Ana Cristina, avaliando como excelente. Ressaltou que é fundamental manter atenção, pois há casos confirmados no Tocantins, estado vizinho, e em Brasília, no coração do estado, em uma região que, como destacou, representa um pedaço do território goiano cedido à capital federal. Reforçou que, diante desse cenário, o risco de reintrodução do vírus no estado é real e exige atenção redobrada. Destacou que a apresentação de Ana Cristina foi completa e, ao mesmo tempo, fez um apelo para que todas as 18 regionais de saúde tratem a pauta como prioridade em seus territórios. Mencionou que, no dia anterior, esteve em agenda com os coordenadores e que discutiram o tema da notificação. Durante a reunião de monitoramento e apresentação de resultados, foi possível observar que ainda não houve avanços no enfrentamento da sub notificação. Demonstrou preocupação com a possível falta de compreensão sobre quem é o responsável pela notificação, se o enfermeiro ou o médico ou mesmo se existe algum receio em abrir a ficha. Ressaltou que, hoje, os sinais e sintomas observados no território são muito semelhantes entre si, o que pode gerar insegurança nos profissionais. No entanto, reforçou que a ficha de notificação é uma ferramenta de investigação e, por isso, não há motivo para temor. A orientação é para que a notificação seja feita, e o processo de investigação definirá como a ficha será concluída. Afirmou que nenhum sinal pode ser negligenciado, pois, se a situação se agravar em Goiás, as respostas precisarão ser improvisadas, com planos de ação feitos às pressas, muitas vezes sem considerar as especificidades das 18 realidades distintas do estado. Alertou que o momento para discutir é agora, com as regionais, e destacou o papel da Secretaria de Estado da Saúde, que é a instância mais próxima dos municípios. Apontou a força da instância bipartite em Goiás, mencionando que há mais de 200 acessos e que existe um diálogo próximo, com conhecimento pessoal de

quem está do outro lado da linha. As regionais conhecem os técnicos, sabem quando um profissional foi exonerado e quem entrou em seu lugar, sabem qual o melhor horário para contato e a linguagem mais adequada para se comunicar em cada região. Defendeu que esse trabalho precisa ser constante e cotidiano. Avaliou que não é mais possível continuar com agendas pontuais, como a que ocorreu em agosto, conforme mencionado por Ana Cristina. Enfatizou que o preparo dos territórios exige diálogo diário, com prioridade na articulação com os coordenadores de vigilância epidemiológica e coordenadores da atenção, inclusive da urgência e emergência, pois a rotina sobre carregada de todos dificulta esse fluxo de cuidado. Observou que, infelizmente, a lógica do cuidado tem se concentrado nas Unidades de Pronto Atendimento e nos prontos-socorros, onde há ainda mais subnotificação. Enquanto isso, no território, os vínculos são mais próximos e sabe com quem se está lidando. Finalizou reforçando que, enquanto COSEMS e enquanto representação da gestão municipal na instância bipartite e neste grupo de trabalho, o apelo é para que essa pauta seja efetivamente trabalhada. Afirmou que não basta dizer que foi enviado um informe ou um e-mail. Fez uma analogia com a prática médica: prescrever não garante a cura. Se não houver verificação sobre se o paciente tomou a medicação corretamente, se houve adesão ao tratamento, a prescrição não terá efeito. Do mesmo modo, enfatizou que o trabalho na gestão pública exige certificação de que quem precisa ser alcançado compreendeu a mensagem e aderiu ao que está sendo proposto. Caso contrário, os esforços serão em vão. Considerou importante esse tempo dedicado à reflexão e avaliou que essa analogia pode se aplicar às demais pautas que serão tratadas no grupo de trabalho. Agradeceu.

Dra. Mara Izabela Alves da Costa Vieira - Regional de Saúde São Patrício I – Ceres, cumprimentou ao todos e compartilhou a fala da Dra. Patricia, uma situação vivenciada na ponta que, segundo ela, se encaixa bem no que havia sido dito anteriormente. Relatou que, em determinado momento, havia um paciente com úlcera arterial em uma unidade de saúde. Era um caso considerado complicado, pois não havia progresso no tratamento. O paciente ouvia as orientações, balançava a cabeça, dizia que havia entendido, mas o quadro clínico continuava ruim, com prognóstico desfavorável. A equipe realizava visitas domiciliares e o acompanhava de forma contínua, mas nada surtia efeito. Em uma dessas visitas, ao ir pessoalmente realizar o curativo, percebeu que o paciente era analfabeto. Ele não compreendia o que estava escrito nas prescrições. A partir dessa constatação, passou a adotar uma abordagem visual: desenhava um sol para indicar que a medicação deveria ser tomada durante o dia; desenhava uma lâmpada para sinalizar que era à noite; e, ao perguntar qual era a comida preferida do paciente, ouviu que era bife, então passou a desenhar o alimento para indicar o horário do almoço. Desde então, o paciente passou a tomar os medicamentos corretamente. Ressaltou que muitas vezes há aspectos que parecem óbvios para os profissionais de saúde, mas a realidade em que se atua é diferente. Enfatizou a importância de desenvolver uma visão diferenciada, sensível às particularidades de cada pessoa atendida.

Dra. Divania Dias da Silva Franca, Coordenação Geral de Apoio as Ações de Vigilância em Saúde - Subsecretaria de Vigilância e Saúde, destacou que a analogia apresentada se alinha perfeitamente à questão abordada por Patrícia sobre a importância de se trabalhar essas situações diretamente no território. Reforçou que esse tema tem sido amplamente discutido, inclusive em reuniões pontuais que já ocorreram. Antes de passar a palavra para Ana Cristina, sugeriu que, em sua abordagem, ela pudesse mencionar ou responder posteriormente às

questões colocadas por Marli no chat, que precisam ser avaliadas com atenção. Marli apresentou algumas características clínicas e questionou se seria necessário fazer alguma modificação. Comentou ainda que a contribuição feita por Silvéria no chat é bastante pertinente, especialmente no contexto da educação permanente. Silvéria mencionou o poema *Desejado Sarampo*, escrito por Larissa Resende, servidora da Escola de Saúde, e ressaltou que esse material pode ser utilizado como estratégia de educação em saúde, principalmente junto aos grupos de saúde e proteção nas escolas, bem como pelas equipes da atenção primária e de outras áreas envolvidas na educação permanente nos territórios. Finalizou pontuando esses registros trazidos no chat e, em seguida, passou a palavra para Ana Cristina para suas considerações.

Dra. Ana Cristina Gonçalves de Oliveira - Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA), concordou com a fala de Patrícia e destacou que a colocação foi muito pertinente. Informou que as equipes das regionais de saúde têm sido estimuladas a abordar e levar o tema aos territórios. Como exemplo, mencionou que a próxima capacitação será organizada por Macrorregião de Saúde, contemplando tanto a região Central quanto a região Centro Sul, que concentram o maior número de municípios e, consequentemente, uma população mais numerosa. Relatou que já foi realizada uma capacitação específica com o município de Goiânia, por meio da Vigilância local, e que as equipes do SIEVS (Superintendência de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde), tanto de resposta rápida das regionais quanto dos municípios que possuem essa estrutura, já foram qualificadas. Reforçou a importância de que os participantes estimulem os gestores municipais a liberarem os profissionais para essas capacitações, garantindo que haja uma agenda protegida para esse fim. Destacou que, mesmo com recursos escassos e limitação de pessoal técnico para deslocamento até os territórios, as capacitações têm sido mantidas com grupos menores, câmeras abertas e microfones habilitados, a fim de favorecer a discussão de casos e evitar a dispersão dos participantes durante as atividades remotas. Observou que muitos profissionais atualmente atuando na assistência são recém-formados, sem vivência prática ou bagagem para identificar um caso de sarampo, o que naturalmente gera dúvidas. Por isso, ressaltou a importância de consultar a ficha de notificação, que já traz, no cabeçalho, a definição de caso suspeito de sarampo. Explicou que, ao verificar se o caso atende à definição descrita, a notificação deve ser feita; caso contrário, não é necessário notificar para sarampo. Citou que, se o paciente apresenta febre e exantema, acompanhados de um ou mais dos seguintes sintomas de tosse, coriza ou conjuntivite, o caso deve ser notificado como suspeito de sarampo. No entanto, se os sintomas forem, por exemplo, mialgia e dor retro orbitária, mais característicos de dengue, não se aplica a definição de sarampo e a notificação deve ser direcionada à arbovirose. Lembrou que o correto preenchimento da ficha de notificação é fundamental, pois ela acompanha a amostra ao LACEN, onde o material passará por triagem. Por isso, frisou a necessidade de seguir as estratégias da vigilância para garantir a identificação precoce de casos suspeitos. Reiterou que, para casos de dengue, é necessário iniciar imediatamente a hidratação, além de monitorar plaquetas e hematócrito, ou seja, medidas que se baseiam diretamente na correta definição do caso. Enfatizou que o maior desafio atual entre a assistência e a vigilância é compreender corretamente a definição de caso suspeito, pois é esse entendimento que determina as medidas a serem adotadas, seja no caso de arboviroses ou de outras patologias de notificação compulsória. Finalizou agradecendo a oportunidade e as contribuições, reforçando

o compromisso de continuar o trabalho com as equipes, buscando maior proximidade com as regionais e ampliando a divulgação junto aos gestores e profissionais. Agradeceu especialmente à Patrícia pela contribuição.

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – SMS Araçu e Presidente do COSEMS, destacou que foi lembrada de outra situação importante que merece alerta, reforçando que a pauta sobre o sarampo deve ser tratada como prioritária neste momento, dada a alta transmissibilidade e gravidade da doença. Enfatizou a necessidade de fortalecer as ações em prol da vacinação e compartilhou uma experiência vivida em seu município, que, segundo ela, ainda não tem uma resposta clara, mas vem sendo enfrentada com diversas estratégias. Relatou que a taxa de cobertura vacinal local está muito baixa e, ao investigar as causas, identificou várias situações. Mencionou que acionou a Carol em alguns desses casos. Uma das situações observadas foi o erro de informação nos sistemas, pois há casos em que a pessoa está registrada no SISAB, mas o dado consta no PEC, ou vice-versa. Outra dificuldade identificada foi relacionada à data da vacinação. Foram encontradas pessoas que tomaram a vacina fora do período recomendado. Por exemplo, a dose estava agendada para uma data específica, mas a pessoa não compareceu e foi vacinada posteriormente, o que, segundo os critérios atuais, não computa para a cobertura vacinal. Diante dessas inconsistências, apontou que não é possível confiar unicamente nos sistemas nem nos espelhos disponíveis. Como resposta, a gestão municipal iniciou uma busca ativa com todos os agentes comunitários de saúde, adotando uma estratégia de levantamento nominal do público-alvo da vacinação. Cada agente preenche uma ficha indicando se a pessoa está ou não vacinada, com base na verificação da caderneta. Caso a caderneta não esteja disponível ou haja dúvida, a informação é registrada como ausente. Esses dados estão sendo encaminhados para as enfermeiras das duas Unidades Básicas de Saúde do município, responsáveis por consolidar as informações e localizar as pessoas para garantir a vacinação. Destacou que esse processo tem ocorrido em paralelo à tentativa de atualização dos sistemas de informação, mas que não basta justificar os erros apenas com a alegação de “divergência de dados”. É necessário compreender o que está acontecendo, e, para isso, mais dados são fundamentais para subsidiar o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e do próprio Ministério da Saúde, especialmente da equipe técnica responsável pela área. Alertou que é o momento de deixar de olhar apenas para números e passar a trabalhar com pessoas, com listas nominais. Mencionou que se fala muito sobre hesitação vacinal, mas que, em muitos casos, nem se sabe se é realmente hesitação ou se trata de falta de informação. Existem situações em que os pais não têm sequer a caderneta do filho ou não sabem que a vacina precisa ser tomada. Afirmou que agora é a hora de intensificar a busca ativa, colocar os agentes no território e mobilizar toda a equipe. Informou que até o hospital foi acionado, pois, segundo ela, muitas vezes é na dor que se consegue alcançar as pessoas. Assim, qualquer pessoa que entrar no hospital terá sua situação vacinal verificada. Encerrando sua fala, reforçou que há divergências entre os dados dos sistemas oficiais de informação da vacina, o que mantém a gestão às cegas quanto à real cobertura vacinal. Explicou que existe uma diferença entre cobertura vacinal e indivíduo vacinado: cobertura refere-se à vacinação realizada no tempo correto, conforme o Calendário Nacional de Imunização; já o vacinado é aquele que recebeu a dose, mesmo que fora do tempo preconizado. Ressaltou que ambos os cenários exigem atenção, especialmente o segundo, que precisa ser identificado e compreendido para que as estratégias de enfrentamento do sarampo sejam mais eficazes. Avaliou que essa reflexão deve ser incorporada à pauta atual, dada sua

relevância.

Dra. Allessandra do Socorro Santana – SUVISA, destacou a importância de enfatizar a todos os municípios e gestores locais a necessidade de vacinar as pessoas na faixa etária recomendada. O risco epidemiológico no momento é bastante alto. Ressaltou que a situação não se limita apenas ao sarampo, mas inclui também a febre amarela, que será discutida a seguir. Conforme mencionado pela Dra. Patrícia, se os profissionais de saúde conscientizarem a população e realizarem a busca ativa dessas pessoas, não haverá problemas com o sistema. Haverá a garantia de que a população está realmente vacinada. Essa é a melhor abordagem: identificar e vacinar as pessoas na faixa etária recomendada.

Dra. Divania Dias da Silva Franca, Coordenação Geral de Apoio as Ações de Vigilância em Saúde – Subsecretaria de Vigilância e Saúde, afirmou que essa medida deve ser inserida como parte da estratégia Imuniza Goiás, uma vez que segundo a Dra. Patrícia relatou é que essa busca já está sendo realizada no município. E que o trabalho está sendo feito de casa em casa, o que torna a participação da equipe essencial nesse processo. Trata-se de uma mobilização fundamental para assegurar que a população seja vacinada dentro da faixa etária indicada. Além disso, no monitoramento realizado pelas duas UBS – Unidade Básica de Saúde, deve-se empregar a estratégia Imuniza Goiás, uma vez que essa ferramenta possibilita registrar as informações sobre o acompanhamento de cada paciente. Assim, a Dra. Patrícia apresentará um diagnóstico extremamente importante sobre o uso do Imuniza Goiás na região. É exatamente disso que se precisa: o foco não deve estar apenas na informação em si, mas na ação realizada no território.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, comentou que para os técnicos, como na CIB, a abordagem é uma; no entanto, para os gestores, é preciso criar um slide específico no informe para destacar todos os pontos discutidos como: a notificação, a vacinação e a situação epidemiológica atual. É relevante enfatizar a posição do estado nesse contexto, levando em conta que o estado do Tocantins já registrou um caso confirmado de sarampo, assim como Brasília. A proposta é uma comunicação clara e objetiva com os gestores, enfatizando a importância e a responsabilidade nas ações de vigilância e imunização. Ao contrário da apresentação técnica feita neste espaço, é preciso um comunicado específico para este assunto. Acredita-se que o COSEMS deva elaborar esse informe, pois essa é a abordagem apropriada no momento.

Dra. Cristina Aparecida Borges Pereira Laval – Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização, questionou concordando com a observação da Dra. Patrícia, devido à quantidade de informações, a CIB precisa de um formato voltado para o gestor, enfatizando a importância de apoiar as equipes nas atividades de vigilância e imunização.

Dra. Patrícia Palmeira SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, enfatizou que quando o foco da conversa é o gestor, a primeira pergunta a ser feita pode ser: Se houver um surto de sarampo em sua cidade, qual será a extensão do desgaste e do desafio? É amplamente reconhecido que a mídia busca o caos e o desastre, pois esses eventos atraem atenção. Nesse contexto, é preciso ponderar: a assistência e a vigilância do município estão preparadas? Toda a equipe de assistência e todos os serviços e iniciativas de saúde pública estão vigilantes em relação ao sarampo? Acredita-se que a consideração da doutora sobre levar a pauta para apresentação e discussão, em vez de apenas em formato de informe, está relacionada ao novo

formato da CIB, em que o informe vem primeiro.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, confirmou que realmente houve uma mudança. Disse que isso foi abordado até mesmo durante a imersão, no sentido de que é preciso compreender o que deve ser transmitido como mensagem. O informe, que ocorre no início da CIB, tem como função transmitir recados, e não necessariamente promover uma discussão. Acredita que, nesse caso, como é um recado para o gestor e a pauta técnica já foi abordada e apresentada de forma completa, seria apropriado incluí-lo no informe. Justificou a escolha do informe também por acontecer no início da CIB, quando todos ainda estão atentos. Destacou que, por ser uma edição online, acredita que não haverá o esvaziamento comum em edições presenciais, quando muitos acabam saindo para acompanhar o horário dos motoristas, por exemplo. Além disso, informou como é online, acredita que pode ser incorporado como apresentação e debate, sim. Enfatizou que isso é apenas uma proposta, já que cabe à Câmara Técnica decidir o que será adicionado e como será apresentado. Será proposto à Câmara Técnica que o assunto seja abordado em uma apresentação e discussão.

Encaminhamento: O item vai para a CIB como apresentação e discussão.

1.2 – Ocorrência de epizootias em primatas para a Febre Amarela. Larissa Araújo Leal Reis. Técnica da Coordenação Estadual de Zoonoses (GVEDT/SUVEPI/SUVISA).

Dra. Larissa Reis Araújo - Médica veterinária Subcoordenadora de episotias, compartilhou a tela e discutiu a ocorrência de epizootias em primatas não humanos em relação à febre amarela. A observação dos primatas desempenha um papel crucial no ciclo epidemiológico da febre amarela, pois a manifestação da doença nesses animais costuma preceder os casos em humanos. Portanto, é fundamental realizar a verificação sempre que há óbitos em primatas. A investigação desses casos precisa ser feita assim que as mortes começam a ocorrer, e o georreferenciamento se torna uma ferramenta essencial nesse processo, permitindo o monitoramento da circulação viral e ajudando a definir onde as medidas de prevenção, controle e imunização devem ser reforçadas. Os primatas são considerados sentinelas importantes nesse ciclo. O estado de Goiás já é considerado endêmico para febre amarela e, há muitos anos, registra casos da doença. A vigilância de primatas está bem estabelecida no estado. Enfatizou também como será demonstrado posteriormente, existe um procedimento de monitoramento das notificações. A equipe é notificada sempre que há registro de morte de primatas. Vem sendo utilizado o sistema de informação SIGEL - plataforma da Fiocruz - Fundação Osvaldo Cruz em parceria com o Ministério da Saúde, por meio da qual é feito o monitoramento das epizootias. Esse sistema permite obter as coordenadas geográficas dos eventos, possibilitando delimitar a área de circulação viral e, com isso, fortalecer as ações de vigilância. Informou que no que diz respeito à situação epidemiológica dos casos em humanos, o último caso documentado em Goiás aconteceu no ano 2017. Tratou-se de um caso isolado que resultou em óbito. Nos anos seguintes, não foram registrados novos casos humanos. Além disso, foi destacado que houve algumas suspeitas de casos humanos, mas todas foram descartadas. Quanto à vigilância dos casos em animais, há notificações anuais da ocorrência em primatas. Esses dados são provenientes tanto do sistema Sinan - Sistema de Informação de agravos de notificações quanto das amostras que dão entrada no Lacen - Laboratório Central de saúde

Pública, por meio do GAL - Gerenciador de ambiente Laboratorial. Discursou que O registro mais recente antes disso foi em 2021, com quatro ocorrências: duas em Goiânia e duas em Jussara. No entanto, como pode ser visto, há notificações de epizootias todos os anos. Afirmou que, geralmente, o ciclo de ocorrência acontece entre cinco e sete anos, por esse motivo já se esperava o falecimento dos primatas aproximadamente nesse intervalo de tempo. As duas primeiras epizootias foram registradas no final de agosto e começo de setembro: uma em Abadia de Goiás e outra em Guapó. E na semana passada, um caso foi confirmado em Goiânia, no setor Forteville, e outro no município de Abadia. No momento, existem 4 casos confirmados de epizootias em primatas, dos quais dois são em Abadia, um em Goiânia e um em Guapó. Contudo, ainda há alguns casos sob investigação. A equipe da zona norte de Goiânia recebeu amostras para envio ao Lacen. Entre os animais estudados, existem registro de Araguapaz, além de outras cidades. Existem registros de animais suspeitos em Aragoiânia, mas a coleta não pôde ser realizada. Ademais, alguns primatas originários de Goiânia foram enviados ao UBZE - Unidade Brasileira de Zoonálise Estratégico. É provável que resultados relacionados a esses animais sejam divulgados nas próximas semanas. Em relação ao envio das amostras, foi esclarecido como está o fluxo no momento. Quem realiza o processamento das amostras é o Lacen, que faz os exames de PCR- Reação em Cadeia da Polimerase (biologia molecular). Posteriormente, as amostras são encaminhadas à Universidade de Brasília, onde são aplicadas outras técnicas para confirmação do diagnóstico. Foi exibido o manual de fluxo da vigilância, acessível no site do Lacen, contendo instruções sobre a coleta, acondicionamento e envio de amostras. Enfatizou-se que o Lacen aceita somente as amostras, e não primatas inteiros. Para o envio da amostra, pede-se que a ficha de episotia preenchida seja enviada junto com o número do SIGEL no campo de observação, a fim de permitir o georreferenciamento. Também será feito o acompanhamento da circulação viral, que pode ser enviado. Como considerações finais, destaca-se a relevância das notificações. Nas semanas recentes, tem-se dedicado bastante à conscientização tanto da população quanto dos profissionais de saúde sobre como agir ao encontrar um macaco morto ou caído. Lembra-se que a ocorrência da morte em primatas, seja somente a ossada ou a carcaça de animais, é importante, pois serve como sinal de alerta para ocorrência de febre amarela. Tem-se dado destaque à expansão do uso desse sistema. Embora não seja obrigatório, o Ministério da Saúde já recomenda. O uso visa monitorar a circulação viral e identificar esses animais positivos. Para reforçar a vigilância, lembra-se que existem duas versões desse aplicativo: uma para celular, na qual toda a população pode fazer notificações, e uma versão web, na qual todos os municípios podem se cadastrar. Foi elaborado um local para cada município; basta que entre em contato para que seja disponibilizado o acesso a todas as notificações feitas naquele município, lembrando que pode ser cadastro para a Secretaria municipal ou para as Macrorregiões de Saúde também. Quando há registro de morte de primata, o SIGEL emite um alerta em tempo real. Esse alerta é enviado tanto para a Secretaria Municipal, caso esteja cadastrada, quanto para a Secretaria Regional, para o Estado e para o Ministério da Saúde. Como resultado, observa-se um fortalecimento da vigilância de zoonoses. Informou que é possível registrar até ossadas ou carcaças. Na sexta-feira passada, foi recebida uma notificação da cidade de Uruaçu, que foi enviada ao LACEM para avaliar a possibilidade de conduzir uma pesquisa entomológica no local, considerando que o primata já se encontrava em um estado avançado

de decomposição. Caso haja oportunidade, a equipe do Lacen se desloca para executar a pesquisa entomológica. Assim, eles coletam os vetores para identificar a presença do vírus neles e confirmar se há circulação ou não, já que não houve circulação. Não será feita coleta no primata. Agradeceu e se colocou à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas sobre episotias.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Subsecretária de Vigilância em Saúde, propôs que a próxima pauta seja a respeito da cobertura vacinal contra a febre amarela. Após a definição, os dois tópicos serão combinados, pois ambos abordam o mesmo tema: febre amarela. As duas questões serão tratadas na ordem em que foram apresentadas. No que diz respeito à ocorrência de episotias, há consenso de que o gestor deve ser informado apenas sobre o que for relevante. Talvez a mesma estratégia se aplique ao sarampo, que também é motivo de alerta. Estão sendo consideradas duas situações que representam um alerta para todo o Brasil, especialmente para Goiás. A Secretaria de Saúde deve estar pronta tanto para a vigilância quanto para a assistência em relação a possíveis pacientes suspeitos de sarampo ou febre amarela. Logo, é necessário preparar tanto a vigilância quanto a assistência. Após debater a pauta da Dra. Larissa, ficou acordado que se trata de um acordo com os gestores municipais para a execução de uma semana de vacinação, com ênfase na febre amarela. Ao emitir alertas sobre sarampo e febre amarela, é fundamental enfatizar a importância de manter uma alta cobertura vacinal.

1.3 – Critérios para pactuação das ações de vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador. Eliane Rodrigues da Cruz. (Superintendente de Vigilância Sanitária, Ambiental e de Saúde do Trabalhador/SUVISAST/SUVISA).

Dra. Eliane Rodrigues da Cruz – Superintendência de Vigilância Sanitária, Ambiental e de Saúde do Trabalhador/SUVISAST/SUVISA, informou que este é o último ano da pactuação vigente para as ações de vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador, com prazo de prorrogação até dezembro de 2025. Para esse período, já se iniciou a elaboração dos critérios da nova pactuação, que terá vigência de 2026 a 2029. Uma comissão técnica foi criada para desenvolver esses critérios, com o objetivo principal de fortalecer a governança e a articulação entre as Regiões de Saúde, promovendo maior alinhamento das ações e políticas públicas. Essa nova pactuação foi iniciada no primeiro semestre, com a formação de um grupo de trabalho que vem se reunindo para discutir e definir os critérios, baseando-se na Resolução CIB 301. O grupo conta com representantes do COSEMS, divididos conforme o porte dos municípios: pequenos (até 50 mil habitantes), como São Luís, Montes Belos e Sanclerlândia; médios (de 50 mil a 100 mil habitantes), como Inhumas e Goianira; e grandes (acima de 100 mil habitantes), como Senador Canedo e Valparaíso de Goiás. Participam também representantes da Superintendência de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador, além de gerências vinculadas a essa superintendência. O processo de revisão da pactuação levou em conta as dificuldades enfrentadas no ciclo anterior, inclusive discutidas em oficinas com gestores municipais em Goiânia. A pactuação vigente, iniciada em 2022, envolvia 246 atividades econômicas e 14 não econômicas, o que tornava o trabalho complexo, moroso e de difícil compreensão, tanto para os municípios quanto para a Superintendência. Além disso, foram identificadas incoerências, como a pactuação de atividades econômicas de

alta complexidade em detrimento das menos complexas, sem critérios claros. Diante desse cenário, propôs-se uma nova metodologia, classificando as atividades econômicas em grupos correlacionados por produtos e serviços de interesse para a vigilância ambiental e saúde do trabalhador. Os municípios foram divididos em níveis, com o objetivo de organizar melhor o processo. A principal vantagem da nova estrutura é a otimização do tempo e a criação de grupos coerentes de trabalho, evitando a mistura de atividades de complexidades distintas. Embora inicialmente se tenha considerado a adoção de três níveis, optou-se por uma estratificação que facilita o agrupamento de atividades similares. Foram recebidas contribuições dos municípios de diferentes portes para aprimorar os níveis propostos. A principal mudança para o novo ciclo será o trabalho com agrupamentos, promovendo mais coerência à pactuação e evitando situações como a divisão da fiscalização de um mesmo estabelecimento entre município e Estado, especialmente na área de serviços de saúde. A proposta inovadora consiste na divisão em grupos: o Grupo A contará com cinco níveis de CNAE, e o Grupo B com quatro níveis de atividades econômicas, além das atividades não econômicas, como educação sanitária, análise de projetos arquitetônicos e segurança do paciente, que serão opcionais. O processo de pactuação será realizado por meio do sistema informatizado SINA-VISA, garantindo mais agilidade e organização. É essencial que os gestores municipais tenham acesso ao sistema. Para os que perderam a senha ou não possuem cadastro, haverá suporte por meio das Regionais de Saúde e da área de tecnologia da informação. A pactuação terá vigência de 2026 a 2029, com um ano adicional para garantir a transição. Os municípios deverão dispor de equipe de fiscalização designada formalmente, com perfil e quantitativo compatíveis ao nível de pactuação escolhido, conforme a realidade local. As metas de vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador também deverão constar no Plano Municipal de Saúde, assegurando o ordenamento dos recursos e o comprometimento na execução, com participação do Conselho Municipal de Saúde e assinatura dos responsáveis no termo de compromisso. O sistema incluirá uma etapa de diagnóstico, em que o gestor municipal avaliará a estrutura da vigilância sanitária local, preenchendo questionários sobre estrutura física, administrativa, recursos humanos e processos de trabalho, o que auxiliará na definição do nível de pactuação mais adequado. Outro critério importante é a necessidade de os municípios disporem de sistemas de informação que possibilitem a integração com o SINA-VISA estadual. Embora isso não tenha sido plenamente efetivado no ciclo anterior, busca-se maior integração entre os sistemas municipais e estadual. Municípios menores poderão utilizar o SINA-VISA disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde. Quanto à análise e aprovação de projetos arquitetônicos de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, será necessário contar com profissionais de engenharia e arquitetura vinculados à estrutura da vigilância sanitária, com dedicação exclusiva à função, evitando retrabalho e garantindo agilidade no processo. Para a fiscalização do comércio de medicamentos, a presença de farmacêutico na equipe da vigilância sanitária é obrigatória, conforme a Lei 13.000/2021. Observou-se que, no ciclo anterior, alguns municípios declararam a presença desses profissionais, mas eles não estavam efetivamente dedicados à fiscalização, o que gerou problemas operacionais. Será instituído um monitoramento regular da execução das ações pactuadas, que poderá ocorrer por meio do sistema informatizado ou de visitas técnicas, com o objetivo de apoiar os municípios na superação de dificuldades e garantir cobertura adequada das fiscalizações. Todas as orientações estarão disponíveis em um manual

que será distribuído previamente aos gestores municipais, contendo o passo a passo da pactuação, critérios técnicos, orientações financeiras e sobre os perfis e estruturas necessárias. Por fim, reforçou-se que as responsabilidades da vigilância sanitária são compartilhadas entre União, Estado e Municípios, conforme a Lei 8.080/90, e o descumprimento das funções pactuadas poderá gerar responsabilizações, inclusive com apuração pelo Ministério Público. O processo de pactuação será iniciado em outubro, quando o sistema será aberto para que os gestores municipais preencham o diagnóstico, incluam suas equipes e avancem nas etapas seguintes, que incluem a intenção de pactuação e a homologação na Secretaria Estadual. A nova pactuação entrará em vigor em janeiro de 2026, para os municípios que concluírem todas as etapas. Reforçou-se a importância da adesão antecipada dos municípios, a fim de evitar a continuidade da pactuação antiga em 2026. Para isso, haverá um período de três meses intensos, para garantir que todos os municípios estejam devidamente cadastrados e com a pactuação homologada. Colocou-se à disposição para esclarecimentos e destacou-se a importância do apoio das Regionais de Saúde e do COSEMS no incentivo aos gestores municipais, para que participem desde já do processo, garantindo um início tranquilo e organizado da nova pactuação.

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – SMS Araçu e Presidente do COSEMS, destacou a inquietação diante da pactuação para os próximos quatro anos, considerando que se trata de um processo que definirá diretrizes para o próximo quadriênio. Comentou que parece algo definitivo, como um “cale-se para sempre. Amém”, o que traduz a seriedade e permanência das decisões que estão sendo tomadas. Foi mencionado que há critérios em discussão, como, por exemplo, a atuação do profissional farmacêutico na fiscalização de drogarias e a participação de engenheiro ou arquiteto na aprovação de projetos arquitetônicos. Também foi citado que há representantes dos municípios participando do grupo de trabalho, sendo, ao que parece, seis representantes municipais. Solicitou confirmação dessa informação à Eliane.

Dra. Eliane Rodrigues da Cruz - Superintendente de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador/SES, confirmou que são seis representantes municipais, além do COSEMS.

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – SMS Araçu e Presidente do COSEMS, reforçou a importância de manter todos atentos, pois poderá ser necessário buscar informações no território. Destacou o papel dos apoiadores COSEMS, reforçando que o recado já havia sido dado e que não repetiria as mesmas informações. Alertou que há um prazo de três meses para a nova pactuação. Os critérios estão sendo discutidos e rediscutidos, e é nesse período que deve ocorrer essa reavaliação, para que os municípios estejam seguros sobre o que poderão trazer como compromisso. Mencionou a fala da Dra. Flúvia, durante o seminário, como uma reflexão importante: iniciar pelas ações básicas e fortalecê-las, considerando que muitos municípios ainda enfrentam fragilidade justamente no básico, devida a rotatividade de técnicos que prejudica a continuidade do trabalho. Em muitos casos, uma única pessoa assume toda a responsabilidade da Vigilância Sanitária. Quando esse profissional se desliga, leva consigo todas as informações, o que demonstra a falta de descentralização. Comparou com a Vigilância Epidemiológica e Endemias, que possui mais profissionais, cargos e funções, permitindo maior diálogo e articulação. Já com a Vigilância Sanitária, isso nem sempre é possível. Há situações em que sequer se encontra alguém para dar continuidade às atividades, pois o responsável está

de férias, afastado ou foi remanejado. Enfatizou que não se pode ficar refém dessa situação e que é necessário compreender o processo. Comentou sobre a oficina realizada com foco na abordagem dos conceitos, com o objetivo de que tudo comece da base, validando e compreendendo os fundamentos. As cinco oficinas da Macrorregião de Saúde trabalharão as ações e os perfis dos municípios. Conclamou a participação de todos, pois, caso contrário, as decisões serão efetivadas sem possibilidade de arrependimento. Reforçou que a pactuação valerá de 2026 a 2029. Por isso, é essencial que os técnicos indicados pelos municípios tenham condições de contribuir e participar ativamente das cinco oficinas da Macrorregião de Saúde, estando atentos aos novos critérios que estão sendo discutidos e serão apresentados. Ao final pediu desculpas, mencionando que, por vezes, não consegue se dividir entre funções ao mesmo tempo, embora se esforce bastante. Informou que a assessora da Vigilância, Nathália, junto com os diretores presentes, continuará acompanhando os trabalhos pelo COSEMS mas que dependendo do horário, retorna para a reunião.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Superintendente de Vigilância em Saúde da SES, pediu para que Patrícia verificasse uma mensagem enviada pelo WhatsApp.

Dra. Patrícia Palmeira – Presidente do COSEMS-GO, confirmou o recebimento da mensagem.

Dr. Robinho, Regional de Saúde Sul, cumprimentou os participantes e compartilhou uma reflexão relacionada à definição de perfis. Ressaltou uma angústia vivenciada enquanto Regional, especialmente sobre o perfil e a capacidade de resolução dos municípios. Relatou que muitas vezes pessoas são colocadas na Vigilância Sanitária sem qualquer análise de perfil ou capacitação prévia. Trouxe um exemplo concreto de um motorista que, da noite para o dia, foi colocado como fiscal sanitário, sem metas ou parâmetros definidos. A situação foi questionada na última CIR, e houve tentativa de tranquilizar os gestores com base na nova pactuação prevista para vigorar a partir de janeiro. Ressaltou a necessidade de que os municípios indiquem pessoas com perfil mínimo adequado, com escolaridade básica e vínculo efetivo com o município, para evitar que profissionais sejam capacitados e, em seguida, remanejados para outros setores ou se desliguem, causando desconforto e prejuízo ao trabalho. Apontou o esforço feito pela Regional na capacitação e profissionalização de seus servidores, todos de nível superior e com boa capacidade de resolução. No entanto, ao chegar aos municípios, muitas vezes encontram situações em que os profissionais não têm sequer o conhecimento básico ou nunca participaram de capacitação em Vigilância Sanitária, dificultando o acompanhamento técnico e sobrecrecendo o Estado com responsabilidades que seriam dos municípios. Considerando que se está discutindo um novo perfil, sugeriu que seja exigido esse perfil mínimo e caso o município não o tenha, sugeriu que não se realize a pactuação. Reforçou que a Regional está disposta a apoiar esse processo, inclusive posicionando-se junto ao Estado para indicar quando um município não estiver preparado. Concordou com a posição da Dra. Patrícia, destacando que este é o momento de refletir: se não houver condições, é melhor que o Estado mantenha a responsabilidade, mas com qualidade na execução.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, informou que, infelizmente, muitos municípios não possuem os profissionais necessários. Compartilhou um depoimento pessoal, destacando a experiência como gestora ao sair de um município com 76

mil habitantes para outro com 5 mil, realidade que representa 82% do estado. Relatou que, mesmo com a abertura de concurso público, não houve interessados. As vagas para enfermeiros e técnicos assistenciais foram preenchidas, mas faltam profissionais específicos para determinadas funções. Relatou que, no caso do seu município, não há sequer essa pessoa disponível e as três que atuam já estão bastante sobrecarregadas. Ressaltou a importância de conhecer a realidade local, que muitas vezes é desconhecida por quem está em outra esfera. Disse que essa vivência dos últimos nove meses impactou significativamente sua percepção, principalmente por mostrar que muitos profissionais nos municípios menores não compreendem totalmente o que está sendo dito, pois não têm a vivência em instâncias superiores como a macrorregião – enxergam apenas o micro do seu território. Antes de se ausentar da reunião, reforçou que a comunicação precisa ser compreendida, e que isso é um desafio. Enquanto no grupo técnico há debate e troca, no cotidiano dos pequenos municípios a prática assistencial é sustentada por duas ou três pessoas no máximo, que cuidam de todos os processos. Mencionou que a Dra. Flúvia visitou pessoalmente seu município e constatou essa realidade. Finalizou afirmando que tanto o COSEMS quanto a SES têm a responsabilidade de garantir que essas pessoas compreendam as políticas públicas de saúde presentes no território. Reforçou que essa missão exige comprometimento genuíno.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Superintendente de Vigilância em Saúde da SES, complementou dizendo que essa compreensão é exatamente o que se busca. Lembrou que, na última pontuação, houve casos em que gestores pactuaram sem saber ao certo as implicações das suas atribuições. Mesmo com todo o esforço da equipe da SES, que realizou reuniões individuais com gestores ao longo do ano, ainda houve dificuldade de entendimento. Ressaltou que o objetivo é que os gestores compreendam plenamente suas responsabilidades pois se não houver condição de cumprir, que não se pactue. Uma das questões centrais nesta nova pontuação será a sustentabilidade – não se trata apenas de pactuar agora, mas de garantir a execução ao longo de quatro anos. Reforçou que é preciso avaliar com clareza: se não for possível manter, por exemplo, um farmacêutico, que se identifique o que é possível manter, destacando que será feito um trabalho de orientação ao gestor para identificar o que realmente pode ser assumido vez que nem sempre o que se quer é o que se pode, e às vezes o que se pode, não se quer. Será necessário ajustar esses dois pontos.

Dra. Eliane Rodrigues da Cruz – Superintendente de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador/SES, pontuou que haverá necessidade de negociação e reforçou a dificuldade enfrentada com os agrupamentos, motivo pelo qual foram criados mais níveis. Inicialmente seriam três níveis, mas foram reorganizados em dois grupos: um com cinco níveis e outro com quatro. Explicou que o nível maior – A5 representa o de menor complexidade, e que a maior parte dos municípios será classificada como A5 ou B4, considerando a limitação de contar com uma equipe reduzida ou única. Esclareceu que, mesmo com limitações, todos os municípios precisam, ao menos, de uma pessoa para olhar o território no que diz respeito à Vigilância Sanitária. Essa pessoa será responsável por receber comunicações e orientar sanitariamente os estabelecimentos de menor complexidade.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Superintendente de Vigilância em Saúde da SES, confirmou e prosseguiu destacando que a proposta foi construída a várias mãos, com a participação de seis municípios de diferentes portes (pequeno, médio e grande), além do

COSEMS. O objetivo foi considerar as diferentes realidades municipais na construção da proposta.

Dr. Marco Antônio Guimarães de Faria – SMS/Jandaia, cumprimentou os presentes, agradeceu e reembrou a última reunião, destacando a expectativa pela abertura da pactuação. Demonstrou entusiasmo e informou que Jandaia será um dos primeiros municípios a enviar a documentação.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Superintendente de Vigilância em Saúde da SES, agradeceu a participação, ressaltando a importância do apoio para que se construa algo duradouro e com impacto real para a população.

Dra. Lilian Alves Cardoso – Regional de Saúde Entorno Sul, relatou ter recebido duas equipes do município buscando apoio na área de fiscalização sanitária, devido à dificuldade dos próprios municípios em prestar esse tipo de assistência. Disse que essas demandas estavam sendo encaminhadas à Regional, que, no entanto, não realiza esse tipo de fiscalização. Informou que o município entrou em contato por telefone e por e-mail, mas não obteve resposta. Questionou se essas dificuldades, inclusive para preencher informações no site, poderiam estar relacionadas às mudanças recentes.

Dra. Eliane Rodrigues da Cruz – Superintendente de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador/SES, pediu o nome do município, e Lilian informou que se tratava de Luziânia. Respondeu que verificará se a atividade econômica daquele estabelecimento está pactuada pelo município ou pelo Estado. Se estiver pactuada com o Estado, será necessário entrar em contato com a Gerência de Vigilância Sanitária e caso seja questões documentais, indicou o site da Agência Virtual da SUVISA, onde estão disponíveis orientações sobre abertura de empresa, análise de projetos, checklist de documentos e o canal de atendimento via WhatsApp.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Superintendente de Vigilância em Saúde da SES, informou que Fabiana não conseguiu se manifestar por problema no computador. Aproveitou para reforçar que, devido ao interesse dos gestores municipais a pauta vai para apresentação e discussão e seria importante apresentar essa proposta também na Câmara Técnica. Sugeriu que sejam definidos pontos prioritários da proposta para encaminhamento ao GT e posterior pactuação, como: Pactuação por níveis e grupos (com clareza sobre quais são esses níveis); Questão da força de trabalho (fiscais, engenheiros ou arquitetos vinculados à Vigilância Sanitária); Utilização do sistema estadual ou sistema municipal com interoperabilidade com o SINAVISA; Preenchimento do questionário diagnóstico como primeiro passo; Apoio técnico garantido pela SUVISA, COSEMS e Regionais de Saúde.

Dra. Eliane Rodrigues da Cruz – Superintendente de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador/SES, concordou, destacando que, como na última pactuação, será necessário apresentar e discutir os critérios antes da pactuação. Acrescentou que, embora os critérios não tenham sofrido grandes alterações em relação à resolução anterior, a principal novidade são os níveis definidos. Ressaltou a importância de pactuar esses critérios para viabilizar a abertura do sistema aos municípios para que façam a adesão.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Superintendente de Vigilância em Saúde da SES, enfatizou que, para a Câmara Técnica, o conteúdo precisa estar pronto para pactuação. Propôs

que a apresentação e discussão seja feita como contextualização, seguida da pontuação, evitando misturar as etapas. A contextualização pode ser feita previamente, como base para a pontuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Finalizou solicitando sugestões por parte do COSEMS.

Dra. Nathália Fernandes – Assessora do COSEMS, afirmou que, mesmo não sendo recomendado, considera importante haver uma contextualização, pois muitos gestores não possuem o domínio do assunto. Em alguns municípios, algum técnico pode ter esse conhecimento, mas os gestores novos geralmente não. Ressaltou que, mesmo não sendo recomendado, é comum na Câmara Técnica essa abordagem, e que seria importante propor essa inclusão.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Superintendente de Vigilância em Saúde da SES, perguntou se poderia incluir a pontuação com contextualização prévia.

Dra. Nathália Fernandes – Assessora do COSEMS, concordou.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Superintendente de Vigilância em Saúde da SES, confirmou e, após consultar o grupo, anunciou que o item 1.3 passaria para discussões e pontuações, com a observação de que haverá contextualização.

Encaminhamento: vai para a CIB como apresentação e discussão

2 – DISCUSSÕES E PACTUAÇÕES:

2.1 – Pactuação dos Núcleos de Epidemiologia Hospitalar nas seguintes unidades de saúde. Patrícia Borges – Coordenadora da Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Unidades de Saúde. (CVEHUS/GESP/SUVEPI/SUVISA – SES-GO)

Unidade de Saúde	CNES	Município
Hospital Municipal Antônio Martins da Costa	2360470	
Quirinópolis Hospital Evangélico Goiano	5665221	Anápolis

Dra. Cristina Luiza Dalia Pereira Parago Musmanno – GESP/SUVEPI/SUVISA/SES, explicou que Dra. Patrícia teve que se ausentar para ir a uma unidade de saúde. Explicou que a pontuação refere-se aos municípios que cumpriram todos os procedimentos para que esses dois hospitais tivessem implantados seus núcleos de epidemiologia hospitalar. Apresentou três portarias, duas do Ministério da Saúde e uma estadual, que instituem a vigilância epidemiológica para que os gestores reflitam sobre a situação das unidades de saúde e hospitais municipais e particulares, bem como das UPAs. Ressaltou que esses núcleos são complementares às ações de vigilância do município, diferenciando a vigilância epidemiológica municipal hospitalar, que aumenta a sensibilidade para monitoramento, alerta e resposta a doenças e agravos no território. A pontuação refere-se a esses dois municípios e unidades, com um recado para o grupo de trabalho: os gestores devem verificar como aumentar a sensibilidade da vigilância nos seus municípios, observando suas unidades de saúde e o serviço de vigilância, que pode estar sendo inserido na RENAVEH – Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Finalizou orientando que qualquer dúvida dos gestores deve ser encaminhada à Coordenação de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Unidades de Saúde - CVEHUS, para que a unidade possa aderir à RENAVEH, que integra a

rede VIGIAR SUS de monitoramento, alerta e vigilância. A coordenadora é Patrícia, e os contatos seguem disponíveis.

Dr. Cláudio – Regional da Centro Norte, perguntou qual foi o critério para escolha do hospital Hospital Evangélico Goiano – Anápolis?

Dra. Cristina Luiza Dalia Pereira Pagaro Musmano – GESP/SUVEPI/SUVISA/SES, disse que foi uma solicitação do Gestor Municipal, qualquer gestor pode sinalizar a intenção de ter um Núcleo de Vigilância Epidemiológica, por adesão, a Regional foi junto, participou da visita.

Dr. Cláudio, Regional da Centro Norte, perguntou se a Secretaria Municipal de Saúde comunicou ao Hospital Evangélico e foi feita a visita ao Hospital Evangélico, só estava com essa dúvida.

Dra. Fluvia Amorim – Sub Secretária de Vigilância em Saúde, disse ao Dr. Cláudio, que os hospitais particulares, eles mesmo estão procurando a área técnica para implantarem os seus Núcleos, vai pelo interesse da instituição e não só pela Secretaria Municipal.

Dra. Cristina Luiza Dalia Pereira Pagaro Musmano – GESP/SUVEPI/SUVISA/SES, solicitou ao Dr. Cláudio para ligar a Gerência que repassaria toda as orientações.

Encaminhamento: vai para a pauta da reunião da CIB no item discussão e pactuação.

2.1 – Descentralização para salas de vacinação do Sistema de Informações de Insumos Estratégicos (SIES). Zuleika Santos e Silva – Subcoordenação de Distribuição e Qualidade /Gerência de Imunização (GI/SUVEPI/SUVISA)

Dra. Zuleika Santos e Silva – Enfermeira da Imunização e Coordenação da Rede de Frio/SUVEPI/SUVISA, informou que a descentralização do SIES será implementada nos 246 municípios de Goiás; trata-se de uma estratégia para gestão eficiente da cadeia de suprimentos e distribuição de imunobiológicos, com o objetivo de padronizar o controle de estoque de vacinas. O principal foco da descentralização é a otimização da gestão e da distribuição dos imunobiológicos no período entre agosto de 2025 e fevereiro de 2026; os principais benefícios são a obtenção de informações precisas e em tempo real, que possibilitam decisões estratégicas mais eficazes. Atualmente, no ano de 2025, a distribuição está bastante complexa; há dificuldades na logística e na capilaridade da entrega para os 246 municípios; as informações não fluem em tempo real, o que prejudica a tomada de decisão ágil junto ao Ministério da Saúde (MS); além disso, há disparidade na infraestrutura e na disponibilidade de pessoal entre os municípios. A gestão centralizada do SIES tem gerado gargalos que comprometem a eficiência na disponibilidade dos imunobiológicos, especialmente nos municípios menores e nas regiões remotas; o sistema está presente nos municípios, mas não nas salas de vacinação, o que dificulta o conhecimento do estoque em todo o Estado de Goiás, tanto pela Gerência quanto pelo MS. Foi abordada a base legal e os benefícios da descentralização; o SIES é respaldado por normativas federais que visam aprimorar a vigilância em saúde e garantir a segurança e eficácia das ações de imunização. A base legal está na Lei Orgânica da Saúde, que institui o SUS; o Artigo 6º define a vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador; o Artigo 18 atribui à direção municipal do SUS a descentralização pactuada para as salas

de vacinação. A Portaria GM/MS nº 5.713, de 09 de dezembro de 2024, altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 01, de 28 de setembro de 2017; modifica os modelos de informação a serem adotados pelos entes federados e os sistemas que compõem a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS – BNAFAR/SUS. Foi feita uma contextualização sobre a BNAFAR (DataSUS); diversos sistemas se comunicam com essa base, como SCLON, HEMOVIDA, SIES, SISMAT, SISTB, HÓRUS, Farmácia Popular, e-SUS e Assistência Farmacêutica; o SIES irá se comunicar com a BNAFAR por meio dos insumos estratégicos, que incluem imunobiológicos, seringas e agulhas; a BNAFAR estará conectada diretamente com o CNES. Também foi citada a Nota Técnica nº 77/2025 – CGGI/DPNI/SVSA/MS, que trata do registro da movimentação de imunobiológicos no sistema SIES, considerando inclusive as perdas ocorridas nas unidades de vacinação – como quebras de frascos, recusas de aplicação, vencimento, validade pós-descongelamento, entre outras; essas informações são registradas no sistema e seguem diretamente para o MS. Foi mencionado o Manual de Microplanejamento, que orienta o uso do SIES para tomada de decisões relacionadas à distribuição, armazenamento e demais etapas do processo; também foi citada a Resolução nº 1.052/2023 – CIB, de 19 de janeiro de 2023, que pactuou o processo de descentralização do SIES no Estado de Goiás para todos os municípios; desde 2021, todas as Regionais de Saúde passaram por capacitações. As metas estabelecidas para o SIES em Goiás são: padronizar a gestão de estoque; assegurar a conformidade regulatória; melhorar o controle da cadeia de frio; otimizar a logística; e aprimorar o cálculo de necessidades. A logística da descentralização será conduzida por meio de capacitações organizadas pelas Regionais de Saúde; o processo contempla planejamento e preparação; cadastro de usuários; capacitação e treinamento; monitoramento da descentralização; avaliação e consolidação. Foi apresentado o escopo do projeto e a gestão de riscos; estão previstas etapas de mapeamento, capacitação, implantação assistida e monitoramento; entre os riscos identificados estão a baixa adesão dos municípios, a resistência à mudança por parte de técnicos e a dificuldade de suporte técnico após a implantação. O plano operativo prevê o seguinte cronograma: planejamento e preparação nos meses de agosto e setembro de 2025; cadastro dos usuários entre setembro e outubro; capacitação e treinamento em novembro; monitoramento da descentralização entre dezembro de 2025 e janeiro de 2026; avaliação e consolidação em fevereiro de 2026. Para garantir o sucesso da descentralização, no nível estadual haverá ponto focal, coordenação, capacitação, suporte técnico, monitoramento e comunicação; no nível municipal será necessário ponto focal, participação ativa, infraestrutura adequada, lançamento do sistema e comunicação. Quanto às entregas e resultados esperados, incluem-se: profissionais capacitados; fluxo de trabalho integrado; consolidação de dados; acesso e operacionalização do SIES; controle de perdas; e disponibilização de material de apoio. Reforçou-se que o SIES já está descentralizado até o nível municipal desde 2023; no entanto, ainda não foi descentralizado para as salas de vacinação e as unidades polo de atendimento em soroterapia, o que impede a obtenção de informações precisas que cheguem ao MS. Como exemplo, foi citada a campanha de Influenza, na qual houve divergência entre o quantitativo de doses recebidas e o informado oficialmente; o próprio Ministério da Saúde não soube explicar o ocorrido; se o SIES estivesse implantado nas salas de vacinação, seria possível identificar a origem da

inconsistência.

Dr. Fábio – SMS de Mineiros, disse que gostaria de saber se há operabilidade entre sistema SIES com terceiros.

Dra. Zuleika Santos e Silva – Enfermeira da Imunização e Coordenação da Rede de Frio/SUVEPI/SUVISA, disse que o SIES não comunica com outros sistemas, e o sistema atual é o de insumos estratégicos, e não será só para imunobiológico, mas para hanseníase, COVID, e outros insumos, além de seringas e agulhas. E o que precisaria hoje é alimentar o SIES para que seja alimentado a BNAFAR para enviar os dados para o MS.

Dr. Fábio – SMS de Mineiros, perguntou se vai ser a obrigatoriedade em relação à alimentação do sistema. Não haveria uma previsão de utilizarem sistemas similares? Só para deixar bem claro.

Dra. Zuleika Santos e Silva – Enfermeira da Imunização e Coordenação da Rede de Frio/SUVEPI/SUVISA, disse que sim.

Dra Fluvia Amorim, Subsecretária de Vigilância em Saúde, disse que desconheceria, um sistema de controle de estoque e insumos e não saberia dizer se tem algum município que tenha o sistema próprio e que poderia estar completamente enganada. Mas assim, até onde tem para registro de vacina, doses aplicadas, mas para controle de insumos e estoque, E se tem, seria algo novo.

Dr. Fábio – SMS de Mineiros, agradeceu.

Dra Fluvia Amorim – Subsecretária de Vigilância em Saúde/SES, disse que não seria algo novo, e que já tinha um tempo que estava na verdade reforçar esse ponto, o que querem é que o sistema chegue até a sala de vacina, é um sistema que já é utilizado nacionalmente, como a Dra. Zuleika falou não só para vacina para insumos, para os inseticidas, inclusive do controle da dengue, usam o CIES também para fazerem a solicitação, não seria algo novo, mas que os municípios, ainda não utilizam, passem a utilizar, no caso que estava falando é no caso da vacina especificamente, das vacinas e dos insumos, e que essa informação chegue até a esse sistema, chegue até a sala de vacina. Solicitou a Dra. Zuleika reduzir bastante a apresentação, falou que ficou muito extensa, pensaria numa discussão de câmara técnica e GT, para a CIB precisaria que fosse reduzido e trazer a prioridade, qual a informação que o gestor precisaria saber primeiro, uma coisa bem sucinta, por que o CIES tem que chegar até a sala de vacina? Pronto seria a justificativa, aquele slides, os objetivos e smarts, achou que ficou muito legal, para deixarem bem claro quais são os objetivos, o cronograma que se apresentou também é muito importante e os resultados esperados. Seria para pensar com a cabeça do gestor, o que seria importante o secretário municipal de saúde é importante saber. Qual que seria o seu papel? Onde o Gestor entra nessa história? E o quê o Gestor precisaria fazer. Sugeriu encaminhar para Câmara Técnica para ir para pactuação.

Dra. Natália Fernandes – Assessoria COSEMS, sugeriu que colocasse o município como ponto focal, para que o Gestor pensaria no ponto a indicar, seria a pessoa essencial la na ponta.

Dra. Fluvia Amorim – Subsecretária de Vigilância em Saúde/SES, disse que o MS

vai cobrar e o que tem feito é via FORMSUS, qual seria o estoque que município teria. A gestão municipal vai poder controlar esse estoque de vacina, seria muito bom.

Encaminhamento: vai para a pauta da reunião da CIB no item discussão e pontuação.

1.4 – Cobertura Vacinal e Semana da Vacinação contra a Febre Amarela. (Joyce Kellen Silva Santos Nogueira Dorneles – Gerente de Imunização – GI/SUVEPI/SUVISA)

Dra. Cristina Aparecida Borges P. Laval – Superintendente de Vigilância em Saúde, iniciou com a sugestão de que seja feita a contextualização e a apresentação antes da pontuação, destacando que, como consequência, essa organização favorece a realização da semana de intensificação. Ressaltou que apresentar os dados diretamente na pontuação não é adequado. Assim, toda a contextualização deve ser incluída em outros momentos.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Subsecretária de Vigilância em Saúde/SES, concordou, reforçando que a semana de intensificação deve constar na apresentação. Questionou se todos concordavam com a proposta.

Dra. Cristina Aparecida Borges P. Laval – Superintendente de Vigilância em Saúde, esclareceu que a cobertura vacinal deve entrar junto com a pontuação, como forma de contextualização. Acrescentou que toda contextualização, independentemente do tema, deve ficar separada da pontuação, já que esta última é apenas leitura.

Dra. Divania Dias da Silva Franca, Coordenação Geral de Apoio as Ações de Vigilância em Saúde - Subsecretaria de Vigilância e Saúde, comentou que não foi discutido o mérito da cobertura vacinal, embora, de forma informal, o tema tenha sido abordado. Explicou que, como a área técnica responsável pela apresentação da semana de vacinação contra a febre amarela é a equipe da Joyce, foi solicitado que a cobertura vacinal para febre amarela acompanhasse a pauta do item correspondente. Continuou, referindo-se ao item 2.3, e afirmou que essa é uma questão de organização que poderá ser ajustada posteriormente.

Dra. Patrícia Palmeira de Brito Fleury – SMS Araçu e Presidente do COSEMS agradeceu à Divania por ter compreendido seu ponto e expressou que, ao ler a pauta, percebeu a seguinte organização: o item 1.1 trata do sarampo; o item 1.2, da febre amarela; o item 1.3, da cobertura vacinal de febre amarela; e o item 2.3, da semana de vacinação contra o sarampo. A dúvida apontada foi se esses quatro pontos de pauta estariam organizados da melhor forma. Questionou como deveriam ser organizados esses quatro pontos da pauta.

Dra. Cristina Aparecida Borges P. Laval, Superintendente de Vigilância em Saúde, pediu a palavra e explicou que o primeiro ponto da pauta, destinado à apresentação e discussão, é o risco da reintrodução do vírus do sarampo, no qual serão apresentadas as coberturas vacinais do sarampo. O segundo ponto refere-se à ocorrência de epizootia e primatas para febre amarela. cobertura vacinal de febre amarela no estado será pontuada apenas como ação, que consiste em uma estratégia de intensificação da vacina contra febre amarela durante determinado período. Portanto, não será necessária a contextualização apresentando as coberturas vacinais, pois isso já foi feito em outros itens da apresentação. Por enquanto, o único dado reunido é a cobertura vacinal da febre amarela no item 1.2.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, questionou sobre os itens

1.1 e 1.2 e onde seria pactuada a vacinação, pedindo que fosse indicado qual item tratava do assunto.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Subsecretária de Vigilância em Saúde/SES, respondeu que o item referente à pactuação da vacinação é o 2.3.

Dra. Cristina Aparecida Borges P. Laval - Superintendente de Vigilância em Saúde, confirmou que o item é o 2.3.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Subsecretária de Vigilância em Saúde/SES, esclareceu que será retirado o termo "cobertura" do item, permanecendo apenas como "Semana da Vacinação".

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, perguntou se a vacinação será contra sarampo e febre amarela.

Dra. Divania Dias da Silva Franca Vigilância - Subsecretaria de Vigilância e Saúde, explicou que a pauta utilizada estava desatualizada e informou que a versão atualizada havia sido enviada no WhatsApp da Dra. Patrícia.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, comentou que estava utilizando uma pauta antiga, na qual constava "Semana da Vacinação contra o Sarampo" no item 2.3. Após a explicação, compreendeu o equívoco e agradeceu a Divania.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Subsecretária de Vigilância em Saúde/SES, esclareceu que o item 1.1 permanece como apresentação e discussão, considerando as perguntas a serem feitas ao gestor, o risco de reintrodução do vírus do sarampo e as coberturas vacinais. O item 1.2 também será de apresentação e discussão, abordando a ocorrência de epizootias em primatas e a cobertura vacinal de febre amarela. Esses dois itens foram agrupados e permanecerão para a pactuação. No item 2.3 constará apenas a "Semana da Vacinação contra a Febre Amarela".

Dra. Cristina Aparecida Borges P. Laval - Superintendente de Vigilância em Saúde, comentou que havia se esquecido da junção dos itens 1.1 e 1.2, e questionou se realmente seriam unificados. Reforçou que a ideia é tratar como alertas, referindo-se aos alertas do setor de epidemiologia, e concluiu que está certo.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Subsecretária de Vigilância em Saúde/SES, confirmou que será tratado como alerta, especificamente um alerta epidemiológico. Informou que a organização já foi feita.

Dra. Patrícia Palmeira – SMS de Araçu/Presidente do COSEMS, aprovou a proposta e mencionou que gostou da ideia, concordando que se trata de um alerta epidemiológico.

Dra. Cristina Aparecida Borges P. Laval - Superintendente de Vigilância em Saúde, concordou com a proposta.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Subsecretária de Vigilância em Saúde/SES, Deu sequência à reunião, retornando no item 1.3 da pauta: critérios para pactuação das ações de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador, direcionando a fala para Eliane. Continuou a fala dizendo que é enviado o FormSUS para saber qual é o estoque de vacina que os municípios têm. Isso é bom para o Estado, para o envio e controle desse estoque de

imunobiológicos, mas muito importante para o município.

Dra. Fernanda, disse que o município de Goiânia já vem tratando desse assunto e o CMV, que foi piloto na implantação do CIES, já discute essa situação e foi devidamente alertado.

Dra. Zuleika Santos e Silva - Subcoordenadora Gerência de Imunização, informou que o município de Goiânia já iniciou a implantação do CIES e já possui o cadastro dos usuários.

Dra. Joice Kellen - Gerente de Imunização, disse que se sentiu contemplada e reforçou a questão do benefício para o gestor. Ressaltou que é algo solicitado constantemente pelos municípios, e que hoje muitas vezes dá mais trabalho ao município responder formulários e fazer essa quantificação no momento da solicitação. Portanto, o CIES ajudará muito na tomada de decisão e na distribuição dentro do próprio município. É claro que haverá o desafio de fazer essa descentralização e capacitar as pessoas, mas é muito importante que o gestor compreenda que isso será benéfico, pois permitirá maior clareza sobre o que existe no município para atuar e solicitar.

Dra. Nádia da Regional Pirineus, parabenizou o projeto e afirmou que a Regional Pirineus já trabalha nessa descentralização. O município de Anápolis, que é polo, já conseguiu descentralizar em todas as salas de vacina, e os outros nove municípios também já descentralizaram para a rede municipal e para algumas salas. Destacou que um entrave é a questão do suporte, pois muitas vezes e-mails são enviados e há demora na resposta. Outro ponto é a rotatividade dos profissionais nas salas de vacina. Sugeriu que a escola ofereça algum material auto-instrucional para auxiliar no treinamento em relação ao sistema.

Dra. Zuleika Santos e Silva - Subcoordenadora Gerência de Imunização, respondeu que serão disponibilizados vídeos instrutivos no site da SES, e a Regional de Saúde será o elo de comunicação com o município. O CIES será contínuo; não é uma descentralização que terminará em fevereiro. Haverá trocas de servidores, pois a rotatividade é conhecida e continuará existindo. Serão elaborados manuais instrutivos de perguntas e respostas, além de vídeos e pílulas informativas, que serão o canal direto com o município para que o processo ocorra da melhor forma possível. O prazo é necessário porque, na verdade, já estão atrasados para seguir a Benafar. O prazo inicial era dezembro de 2024, e o limite de fevereiro representa um plano para atender de forma mais rápida. No entanto, o processo será contínuo e permanecerá após fevereiro.

Dra. Cristina Aparecida Borges P Laval - Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização, ressaltou que, na maioria dos sistemas, o cadastro é feito pelo CPF, mas que será feito pelo CNES das salas de vacina das unidades onde estão localizadas. Portanto, é muito importante que o gestor esteja atento para manter seus CNES atualizados, pois nem sempre isso acontece adequadamente. O gestor deve estar atento a essa questão.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva - Subsecretaria de Vigilância em Saúde, finalizou dizendo que o assunto seguirá para pactuação na Câmara Técnica, com a sugestão de contextualização. Essa questão será discutida na Câmara Técnica, que terá a necessidade de contextualizar e deixar claro qual é o papel do município na CIB.

Encaminhamento: Vai para pauta da CIB para pactuação com contextualização.

1.5 - Cobertura Vacinal e Semana da Vacinação contra a Febre Amarela. (Joice Kellen Silva Santos Nogueira Dorneles – Gerente de Imunização – GI/SUVEPI/SUVISA)

Dra. Alessandra, GI/SUVEPI/SUVISA, iniciou a apresentação dizendo que, considerando a

situação de alerta atual, foi trazida uma recomendação importante para os municípios: a realização de uma semana de mobilização e fortalecimento do resgate das pessoas que não estão com o esquema de vacinação completo. A sugestão do Estado é que essa ação ocorra para cercar todas as possibilidades, devido à circulação do vírus da febre amarela no Estado. A data prevista é de 29 de setembro a 3 de outubro. Lembrando que a vacinação será de forma seletiva, dentro da rotina de vacinação. A vacina contra a febre amarela está indicada para crianças de 9 meses a menores de 5 anos, com duas doses. Para pessoas entre 5 e 59 anos, é recomendada uma dose. Portanto, trata-se de uma vacinação seletiva, mas importante para prevenir a febre amarela. Destacou que essa semana precisa ocorrer porque, infelizmente, a cobertura vacinal não está adequada. Apresentou um gráfico que mostra a cobertura das crianças menores de um ano, cuja recomendação do Ministério da Saúde é 95%. No entanto, a série histórica de 2023 a 2025 indica que essa cobertura não foi atingida no Estado de Goiás. Em relação à homogeneidade, pouquíssimos municípios alcançam a cobertura vacinal. Em Goiás, a cobertura média é 71,59%, enquanto a homogeneidade é de apenas 30,08% dos municípios. Ou seja, dos 246 municípios, apenas 74 atingiram a cobertura recomendada. Apresentou algumas sugestões de ações além da semana de vacinação. Destacou que a vacinação é urgente e que quem ainda não está com a vacina em dia precisa se vacinar. A busca ativa dos não vacinados deve ser realizada, não só na zona rural, mas também na zona urbana. A vacinação deve ocorrer seletivamente, conforme o calendário. Recomenda evitar áreas de mata silvestre, especialmente onde houve casos de epizootia. Caso seja necessário transitar por essas áreas, é preciso se proteger. Também é importante identificar e notificar animais mortos, lembrar dos sinais de alerta e procurar atendimento médico. Ressaltou que o tratamento é apenas de suporte e que a maior prevenção é a vacinação.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Subsecretária de Vigilância em Saúde, explicou que a pontuação será para a execução da semana de vacinação contra a febre amarela, que ocorrerá de 29 de setembro a 3 de outubro. Logo em seguida, haverá a atualização da caderneta de vacinação. O foco principal é em crianças até 15 anos, embora se saiba que adultos também podem ser afetados pela febre amarela. Avaliando as pessoas vulneráveis, elas estão principalmente na faixa etária de crianças e adolescentes. A meta é passar por esse ciclo de febre amarela, com epizootias, sem registro de caso humano.

Dra. Nathália Fernandes – COSEMS/GO, perguntou se Dra. Flúvia já havia pensado em como será feita a divulgação para todos, pois considera muito importante.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Subsecretária de Vigilância em Saúde, respondeu que sim, que o item seguirá para pontuação e que a pontuação será da semana de vacinação contra a febre amarela.

Encaminhamento: Item encaminhado para pontuação a semana da vacinação contra a Febre Amarela de 29/09 a 03/10.

2 – INFORMES:

2.1 - Estratégia de atualização da caderneta de vacinação das crianças e adolescentes menores de 15 anos. (Joice Kellen Silva Santos Nogueira Dorneles – Gerente de Imunização – GI/SUVEPI/SUVISA)

Dra. Alessandra, GI/SUVEPI/SUVISA, explicou que a finalidade é atualizar a situação vacinal desses indivíduos de forma seletiva. O principal objetivo é elevar as coberturas vacinais para reduzir o risco de reintrodução, introdução e disseminação das doenças imunopreveníveis. A atualização ocorrerá de 6 a 31 de outubro, ou seja, o mês inteiro será dedicado a essa atualização da caderneta de vacinação desse público. Essa ação acontece logo após a semana de vacinação contra a febre amarela. Está previsto também um Dia D. O Dia D é muito importante, pois os municípios realizam uma estratégia de abrir as salas de vacina e disponibilizar equipes volantes para aumentar a acessibilidade da população às vacinas. Dra. Alessandra informou que houve uma reunião muito importante hoje com o Ministério da Saúde sobre essa estratégia. Uma das solicitações é aproveitar o momento em que as crianças e adolescentes são vacinados, para que pais e familiares que forem até a unidade ou posto de vacinação possam também atualizar a caderneta vacinal da família. Destacou que todas as vacinas são importantes, especialmente neste momento epidemiológico, com foco no sarampo e na febre amarela.

Encaminhamento: Sobe para a CIB como informe.

2.2 – Oficina de Vigilância das Arboviroses Estado de Goiás. Elaine dos Anjos - Subcoordenadora da Vigilância das Arboviroses (GVEDT/SUVEPI/SUVISA)

Dra. Elaine Lima dos Anjos Matos da Silva - Subcoordenadora Estadual Vigilância Arboviroses, informou que o seminário será realizado no dia 7 de outubro de 2025, já com foco no período sazonal das arboviroses. Destacou que as chuvas vêm iniciando um pouco antes do período habitualmente esperado no Estado de Goiás. Com isso, o Seminário de Vigilância foi agendado com o objetivo de preparar as regionais de saúde e os municípios prioritários diante do possível aumento de casos, não apenas de dengue, mas também de zika e chikungunya. O seminário acontecerá na Escola do Futuro, em Aparecida de Goiânia, localizada no Buriti Sereno, das 8h às 17h. Será um evento de dia inteiro, com diversas palestras. Está confirmada a presença do Ministério da Saúde como palestrante, além de representantes do LACEN, do SVO e do HDT, para abordar temas relacionados à vigilância epidemiológica das arboviroses. Serão discutidas ações que precisam estar no radar da vigilância neste período pré-sazonal. Também serão abordadas novas tecnologias, dados sobre óbitos, o que tem sido observado pelos médicos nos comitês de investigação de óbitos nos últimos anos, e o papel do SVO junto à vigilância epidemiológica e laboratorial. Além da dengue, foi ressaltada a preocupação com a chikungunya, considerando que metade do Estado vem apresentando aumento progressivo da incidência da doença. Os links de inscrição já foram enviados, sendo disponibilizada uma vaga para cada Macrorregião de Saúde. As regionais devem realizar as inscrições, considerando que o evento terá capacidade para apenas 100 participantes. Por esse motivo, será necessário priorizar algumas regiões e municípios que já se encontram no radar como prioritários, seja pelo número elevado de notificações, seja por serem considerados prioritários pelo Ministério da Saúde. As regionais devem atuar junto aos municípios para que realizem suas inscrições e participem do seminário, visando a preparação para o período de aumento de casos esperado para o final de outubro, novembro e dezembro, em função das chuvas.

Dra. Cristina Aparecida Borges P Laval - Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização, complementou que o público-alvo do evento são os coordenadores de

vigilância das Macrorregiões de Saúde e, nos municípios, os coordenadores dos núcleos municipais de vigilância epidemiológica. Ressaltou a importância de que esse público esteja atento e sensibilizado para realizar a inscrição e participar.

Dra. Sylveria de Vasconcelos Milhomem - Coordenadora, informou que o card com os dados e o telefone da coordenação já foi encaminhado no grupo de apoio e que estará em contato com cada Macrorregião de Saúde para solicitar a presença das equipes.

Dra. Nathália Fernandes – COSEMS/GO, destacou que, caso não haja retorno, será feito um trabalho pontual, dada a importância da participação dos municípios prioritários. Reforçou que, se necessário, será prestado auxílio para garantir as inscrições.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Subsecretária de Vigilância em Saúde, afirmou que haverá necessidade de apoio nesse sentido.

Dr. Ricardo, Regional Sul, informou que os municípios estarão presentes e, ao renovar a fala sobre as ouvitrampas, mencionou que estão próximos de alcançar a meta.

Dra. Elaine Lima dos Anjos Matos da Silva - Subcoordenadora Estadual Vigilância Arboviroses, informou que a previsão é que a Regional Sul seja a primeira a atingir 100% dos municípios com ouvitrampas instaladas até o final do ano.

Dra. Lilian Alves Cardoso - Subcoordenadora de Acompanhamento de Ouvidoria e Compliance, questionou se o convite poderia ser estendido a algum participante do SVO.

Dra. Elaine Lima dos Anjos Matos da Silva - Subcoordenadora Estadual Vigilância Arboviroses, respondeu que não será necessário, pois haverá representante do SVO como palestrante.

Dra. Sylveria de Vasconcelos Milhomem - Coordenadora, leu a pergunta enviada pelo chat da Macrorregião de Saúde Nordeste I e da Rio Vermelho, questionando por que não foram contempladas.

Dra. Elaine Lima dos Anjos Matos da Silva - Subcoordenadora Estadual Vigilância Arboviroses, explicou que não seria possível acomodar todos os 246 municípios, além dos representantes das Macrorregiões de Saúde. Foi necessário aplicar critérios para a seleção, considerando o número de notificações e também a distância de Goiânia, cientes da dificuldade de participação de municípios mais distantes. Dessa forma, foi priorizada a presença de representantes de todas as Macrorregiões de Saúde, garantindo que, ao menos, um técnico de cada regional participe, receba as informações atualizadas e as leve aos seus respectivos municípios. Foram priorizados 72 municípios para assegurar efetiva participação no evento.

Dra. Flúvia Pereira Amorim da Silva – Subsecretária de Vigilância em Saúde, finalizou a reunião e se despediu de todos.

Encaminhamento: Item encaminhado para a CIB como informe.