



**SES**  
Secretaria de Estado  
da Saúde



## **PROGRAMA DE COMPLIANCE PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS**

### **RELATÓRIO DE RESULTADOS E BOAS PRÁTICAS DE GESTÃO DE RISCOS NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.**

**Goiânia**

**2022**

## Sumário

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>RESULTADOS EM DESTAQUE .....</b>	<b>3</b>
	2.1. <i>Risco: Prescrição dos processos correccionais .....</i>	<i>3</i>
	2.2. <i>Ação: Otimizar o controle da distribuição de faixas numéricas de AIHA/APAC 5</i>	<i>5</i>
	a) <i>Nome da Boa Prática de Gestão de Riscos; .....</i>	<i>5</i>
	2.3. <i>Risco: Rejeições e Glosas no Processamento da Produção Ambulatorial- SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SUS) dos Estabelecimentos de Saúde sob Gestão Estadual. ....</i>	<i>7</i>
	2.4. <i>Risco: Emissão incorreta de faixas numéricas para Autorização de Internação Hospitalar -AIH, Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alto Custo - APAC8</i>	<i>8</i>
	2.5. <i>Risco: O descumprimento das regras para requerimento de apoio e certificação dos cursos de Agente de Combate às Endemias - ACE e Agente Comunitário de Saúde - ACS por parte dos Municípios.....</i>	<i>10</i>
	2.6. <i>Ação: Mensurar a adesão dos discentes de acordo com a frequência destes nas capacitações .....</i>	<i>11</i>
	2.7. <i>Ação: Liderar e concluir projeto para criação de um Manual de Contratações de Serviços e Aquisições de Materiais .....</i>	<i>14</i>
	<b>3- DEMAIS RESULTADOS DE GESTÃO DE RISCOS NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.....</b>	<b>18</b>
<b>4.</b>	<b>ECONOMIA GERADA.....</b>	<b>43</b>
<b>5.</b>	<b>INDICADORES, METAS E APURAÇÃO .....</b>	<b>45</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>91</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva demonstrar a importância dos resultados da Gestão de Riscos acerca do Programa de Compliance Público do Estado de Goiás na Secretaria de Estado da Saúde, bem como boas práticas de Gestão de Riscos identificadas por áreas da pasta.

## 2. RESULTADOS EM DESTAQUE

### 2.1. Risco: Prescrição dos processos correccionais

#### a) Nome da Boa Prática de Gestão de Riscos

Novo fluxo de notificação para servidores licenciados.

#### b) Proprietários de risco

Corregedoria Setorial e Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas – SGI

#### c) Id na matriz de riscos do Smartsheet que contempla a boa prática

309

#### d) Descrição da Boa Prática, com explicação de objeto, metas e objetivos

Foi criado um novo fluxo de notificação aos servidores que se encontram em prazo próximo de término de suas licenças, para que retornem ao trabalho ou peçam exoneração do cargo, caso seja a intenção do interessado. O objetivo é que os servidores notificados, manifestem seu interesse, diante da Administração Pública, evitando a abertura de processo administrativo disciplinar por abandono de cargo público. A meta é reduzir os PADs de abandono em 60%.

#### e) Resultados já alcançados pela Boa Prática

De 20 processos em que os servidores foram notificados (em 2022), 10 manifestaram pela exoneração do cargo, até maio de 2022.

#### f) Evidências da realização da prática, bem como de sua ampla disseminação:

	<b>PROCESSO</b>	<b>PAD</b>
01	<b>202100010053256</b> notificado porém não se manifestou	Portaria 13/2022
02	<b>202100010053234</b> notificado porém não se manifestou	Portaria 12/2022
03	<b>202100010055726</b> notificado porém não se manifestou	Portaria 27/2022
04	<b>202200010001556</b> notificado porém não se manifestou	Portaria 22/2022
05	<b>202200010004614</b> notificado porém não se manifestou	Portaria 28/2022
06	<b>202100010055804</b> solicitou <b>exoneração</b> após ser notificado	NÃO
07	<b>202200010004655</b> notificado porém não se manifestou	Portaria 29/2022
08	<b>202200010008489</b> solicitou <b>exoneração</b> após ser notificado	NÃO
09	<b>202200010011008</b> solicitou <b>exoneração</b> após ser notificado	NÃO
10	<b>202200010003544</b> solicitou <b>exoneração</b> após ser notificado	NÃO
11	<b>202200010004768</b> solicitou <b>exoneração</b> após ser notificado	NÃO
12	<b>202200010004832</b> notificado porém não se manifestou	Portaria 32/2022
13	<b>202200010015994</b> solicitou <b>exoneração</b> após ser notificado	NÃO
14	<b>202200010002548</b> solicitou <b>exoneração</b> após ser notificado	NÃO
15	<b>202200010007402</b> notificado porém não se manifestou	Aguarda portaria PAD
16	<b>202200010021733</b> solicitou <b>exoneração</b> após ser notificado	NÃO
17	<b>202200010014194</b> solicitou <b>exoneração</b> após ser notificado	NÃO
18	<b>202200010004837</b> solicitou <b>exoneração</b> após ser notificado	NÃO
19	<b>202200010014250</b> notificado porém não se manifestou	Aguarda portaria PAD
20	<b>202200010014593</b> notificado porém não se manifestou	Aguarda portaria PAD

## 2.2. Ação: Otimizar o controle da distribuição de faixas numéricas de AIHA/APAC

### *a) Nome da Boa Prática de Gestão de Riscos;*

Desenvolvimento e implantação do Sistema Estadual de Distribuição de Faixas Numéricas – REGNET

### *b) Proprietários de Risco*

GERUE(Gerência de Urgência e Emergência) em parceria com GERAM(Gerência de Regulação Ambulatorial) e GERCE(Gerência de Regulação de Cirurgia Eletiva).

### *c) Id na matriz de riscos do Smartsheet que contempla a boa prática;*

0456

### *d) Descrição da Boa Prática, com explicação de objeto, metas e objetivos;*


A Central Estadual de Autorização de Procedimentos, vinculada à Gerência de Urgência e Emergência – GERUE, é a central responsável pela análise dos prontuários após alta do paciente a fim de verificar se a internação seguiu todos os critérios estipulados pelo Ministério da Saúde para faturamento e processamento. Também é responsável pela distribuição de faixas numéricas para que estas internações, quando autorizadas, possam ser processadas e faturadas.

Visto que esta distribuição era executada por meio de planilha alimentada de forma manual, identificamos a existência do risco de emissão incorreta de faixas numéricas para Autorização de Internação Hospitalar – AIH – e para Autorização de Procedimentos de Alto Custo – APAC.

Para que tal risco fosse mitigado, a Central Estadual de Autorização de Procedimentos -GERUE, em parceria com, GERCE e GERAM, desenvolveu e implantou o Sistema de Distribuição de Sequenciais Numéricos – REGNET cujo objetivo é otimizar, monitorar e controlar a distribuição de faixas numéricas tanto para todos os municípios quanto para as unidades sob gestão estadual.

e) Resultados já alcançados pela Boa Prática

Após implantação da boa prática de gestão de riscos, notou-se uma redução significativa de erros na emissão desses sequenciais, conforme tabela abaixo:

				
SUPERINTENDÊNCIA DO COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DE GOIÁS – SUPCRS				
GERÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – GERUE				
COORDENAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS – CAP				
GESTÃO DE RISCOS – 2022				
ORDEM	UNIDADE	DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA	QUANTIDADE	COMPETÊNCIA
5	CRER	informado sequencial de aih eletiva no lugar de aih normal	12	fevereiro
9	HEANA	sequencial já apresentado em outro município ( erro de digitação)	1	março
10	CRER	sequencial já apresentado em outro município ( erro de digitação)	1	março
16	IOAL	sequencial já apresentado em outro município ( erro de digitação)	2	março
Total de sequenciais que foram trocados:			16	
Percentual de trocas:			0,0058%	
Obs: Mesmo com todas as providências tomadas no quadrimestre anterior, alguns erros se mantiveram pois os sequenciais já haviam sido distribuídos sendo necessário fazer a troca para que não houvesse prejuízos no faturamento da Unidade.			TOTAL DE SEQUENCIAIS DISTRIBUÍDOS PARA UNIDADES SOB GESTÃO ESTADUAL - 1ºQ22: 272.346	

f) Evidências da realização da prática, bem como de sua ampla disseminação.

A realização da boa prática para a gestão do risco acima citado, pode ser evidenciada por meio do vídeo de capacitação disseminado a todos os municípios e unidades sob gestão estadual onde é demonstrada a operacionalização do sistema REGNET. O acesso pode ser feito clicando no link: <https://www.youtube.com/watch?v=uVuCaAlinf0>.

### 2.3. Risco: Rejeições e Glosas no Processamento da Produção Ambulatorial-SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SUS) dos Estabelecimentos de Saúde sob Gestão Estadual.

*a) Nome da Boa Prática de Gestão de Riscos;*

Treinamento dos sistemas envolvidos no processamento e cursos para atualizarem o sistema cadastral SCNES aos Setores de Faturamento dos Estabelecimentos de Saúde para diminuição do percentual de rejeição/glosa no processamento da produção ambulatorial.

*b) Proprietário de riscos.*

*Gerência de Regulação de Urgência e Emergência*

*c) Id na matriz de riscos do Smartsheet que contempla a boa prática;*

0335

*d) Proprietário de riscos:*

GERUE(Gerência de Urgência e Emergência) em parceria com GERAM(Gerência de Regulação Ambulatorial) e GERCE(Gerência de Regulação de Cirurgia Eletiva).

*e) Descrição da Boa Prática, com explicação de objeto, metas e objetivos;*

Resposta: Consiste no treinamento e orientação dos técnicos envolvidos no faturamento, dos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual, para aplicarem metodologias específicas dentro das normas/regras e regulamentos que possibilitem a redução de rejeições/glosas na produção ambulatorial, sendo esta a meta ser alcançada e o principal objetivo.

*f) Resultados já alcançados pela Boa Prática;*

Após os treinamentos verificou-se uma redução significativa no percentual de rejeição/glosa no processamento da produção ambulatorial, conforme quadro abaixo, saindo de um percentual de 12,32% para atualmente em 5,85%:

MONITORAMENTO - RESULTADO FINAL RESUMIDO - Diminuir rejeições e glosas no processamento SIA/SUS - QUAD. 03/2021			
	MÊS DE MONITORAMENTO	MÊS/COMPETÊNCIA DO PROCESSAMENTO SIA/SUS DE REFERÊNCIA	PERCENTUAL I = valor de faturamento rejeitado/valor de faturamento apresentado x 100
MÊS 01	SETEMBRO DE 2021	AGOSTO DE 2021	12,32%
MÊS 02	OUTUBRO DE 2021	SETEMBRO DE 2021	4,87%
MÊS 03	NOVEMBRO DE 2021	OUTUBRO DE 2021	11,17%
MÊS 04	DEZEMBRO DE 2021	NOVEMBRO DE 2021	7,26%
QUAD. 03/2021			8,78%

MONITORAMENTO - RESULTADO FINAL RESUMIDO - Diminuir rejeições e glosas no processamento SIA/SUS - QUAD. 01/2022			
	MÊS DE MONITORAMENTO	MÊS/COMPETÊNCIA DO PROCESSAMENTO SIA/SUS DE REFERÊNCIA	PERCENTUAL I = valor de faturamento rejeitado/valor de faturamento apresentado x 100
MÊS 01	JANEIRO DE 2022	DEZEMBRO DE 2021	6,20%
MÊS 02	FEVEREIRO DE 2022	JANEIRO DE 2022	3,99%
MÊS 03	MARÇO DE 2022	FEVEREIRO DE 2022	6,47%
MÊS 04	ABRIL DE 2022	MARÇO DE 2022	6,58%
QUAD. 01/2022			5,85%

f) *Evidência da realização da prática, bem como de sua ampla disseminação.*

A boa prática da gestão do risco mapeado foi evidenciado em reuniões da equipe interna da Central Estadual de Processamento de Informações, através dos Relatórios de Rejeições/Glosas retirado dentro dos sistema de Processamento de Informações Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) que retratam os valores do quadro acima, bem como liste de presença dos treinamentos.

#### *2.4. Risco: Emissão incorreta de faixas numéricas para Autorização de Internação Hospitalar -AIH, Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alto Custo - APAC*

a) *Nome da Boa Prática de Gestão de Riscos*

Padronização de modelos de Projetos Pedagógicos de Cursos a serem executados pela SESG.



*b) Responsáveis pela representação da proposta*

Fernanda Rosiak Gonzaga Faleiro, Haline Rachel Lino Gomes, Luciane Nascimento Cardoso da Silva, Viviane Santos Mendes Carneiro e Viviane Leonel Cassimiro Meireles.

*c) Id na matriz de riscos do Smartsheet que contempla a boa prática*

ID 0664.

*d) Descrição da Boa Prática, com explicação de objeto, metas e objetivos*

A boa prática foi desenvolvida com o objetivo de padronizar os modelos de PPCs dos cursos a serem executados pela SESG, nas diversas modalidades adotadas por esta Superintendência, apresentando os requisitos mínimos necessários a serem apresentados por todos os solicitantes de oficinas, cursos, especializações, dentre outros. Desta forma, reduz-se o tempo de elaboração dos PPCs, bem como o número de revisões e correções, possibilitando uma aprovação da proposta em menor tempo.

*e) Resultados já alcançados pela Boa Prática*

Onze (11) cursos aprovados e em andamento na SESG.

*f) Evidências da realização da prática, bem como de sua ampla disseminação*

A prática foi amplamente disseminada na Secretaria de Estado da Saúde, por meio do processo administrativo 202100010042349 que, por sua vez, cita o processo 202100010042933, que condensa todos os modelos atualmente utilizados pela SESG. E os cursos se encontram publicados no sítio eletrônico <https://www.saude.go.gov.br/escoladesaude/cursos>.

*2.5. Risco: O descumprimento das regras para requerimento de apoio e certificação dos cursos de Agente de Combate às Endemias - ACE e Agente Comunitário de Saúde - ACS por parte dos Municípios*

*a) Nome da Boa Prática de Gestão de Riscos:*

Orientação para o requerimento de apoio e certificação dos cursos de Agente de Combate às Endemias - ACE e Agente Comunitário de Saúde - ACS.

*b) Proprietários de risco:*

Viviane Santos Mendes Carneiro e Viviane Leonel Cassimiro Meireles.

*c) Id na matriz de riscos do Smartsheet que contempla a boa prática:*

ID 0666.

*d) Descrição da Boa Prática, com explicação de objeto, metas e objetivos:*

A elaboração do documento intitulado "Apoio para Cursos Introdutórios para ACS e ACE" teve o objetivo de orientar, de forma lúdica e com fácil entendimento, o processo de solicitação de certificação dos cursos, a ser percorrido pelos gestores municipais. Desta forma, melhora-se o fluxo de trabalho da Coordenação de Gestão Acadêmica da SESG, bem como se atende com mais eficiência as demandas municipais.

*e) Resultados já alcançados pela Boa Prática:*

Sessenta e oito (68) certificações para Agente Comunitário de Saúde e sete (07) certificações para Agente de Combate às Endemias até o presente momento de 2022.

*f) Evidências da realização da prática, bem como de sua ampla disseminação*

A cartilha encontra-se disponível no endereço eletrônico da SES-GO (<https://www.saude.go.gov.br/files/escola-saude/cartilhas/ApoioCursosACSACE.pdf>).

## 2.6. Ação: Monitoramento do parque tecnológico de equipamentos da SES

### a) Nome da Boa Prática de Gestão de Riscos.

Plano de gerenciamento dos equipamentos médico-hospitalares da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás-SES/GO, prolongando o ciclo de vida da tecnologia e, conseqüentemente, trazendo vários benefícios, inclusive financeiros.

### b) Proprietário de Riscos.

Gerente de Engenharia Arquitetura e Manutenção.

### c) Id na matriz de riscos do Smartsheet que contempla a boa prática.

0266

### d) Descrição da Boa Prática, com explicação de objeto, metas e objetivos.

O parque tecnológico da Secretaria de Saúde possui um quantitativo representativo, sendo composto por mais de 15.000 equipamentos médico hospitalares - EMH. Na atual gestão ocorreu uma expansão de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS, dentre eles Hospital do Centro Norte Goiano - HCN, Hospital Estadual da Criança e Adolescente - HECAD e 06 (seis Policlínicas), além dos Hospitais de Campanha para suprir a demanda da Covid-19. Os equipamentos médico-hospitalares ficam sob responsabilidade do Estabelecimento Assistencial de Saúde - EAS, que em sua maioria não repassavam informações sobre o Ciclo de Vida dos equipamentos médico assistenciais - EMA da Unidade. Portanto, a Gerência não contava com informações e indicadores para avaliação e tomadas de decisão.

Em setembro de 2021 foi adquirido pela SES/GO um software para gerenciamento de equipamentos médico hospitalares que está contribuindo na

minimização da ocorrência do risco, qual seja: "Aquisição e recebimento de equipamentos, serviços ou obras em condições insuficientes ou insatisfatórias."

Com vistas a possibilitar um monitoramento efetivo, a SES-GO adquiriu uma importante ferramenta para gestão do parque tecnológico. O sistema em questão possibilitará o aumento da rastreabilidade de cada etapa do processo de gerenciamento dos equipamentos, além de deixar disponível a consulta aos dados dos ativos médicos assistenciais, melhorando o processo de gestão e controle em cada EAS, colaborando na melhoria contínua da gestão destes ativos.

Apesar de ainda não se ter a avaliação dos indicadores, espera-se a mudança da cultura de aquisição de equipamentos, sem que a operação e manutenção deles sejam negligenciadas durante sua vida útil, o que ocasionaria baixa qualidade da prestação de serviços ou mesmo interrupções no funcionamento dos equipamentos.

Desta forma, com acompanhamento e propostas contínuas para a melhoria da gestão dos ativos médicos assistenciais nas Unidades de Saúde vinculadas à SES-GO, os pacientes atendidos são os maiores beneficiados por essa inédita ação de atenção. A otimização de recursos diminuirá o tempo de espera, aumentará a dignidade no acesso e contribuirá para o melhoramento do atendimento à população goiana, contribuindo para a transformação da Saúde de Goiás.

*e) Resultados já alcançados pela Boa Prática*

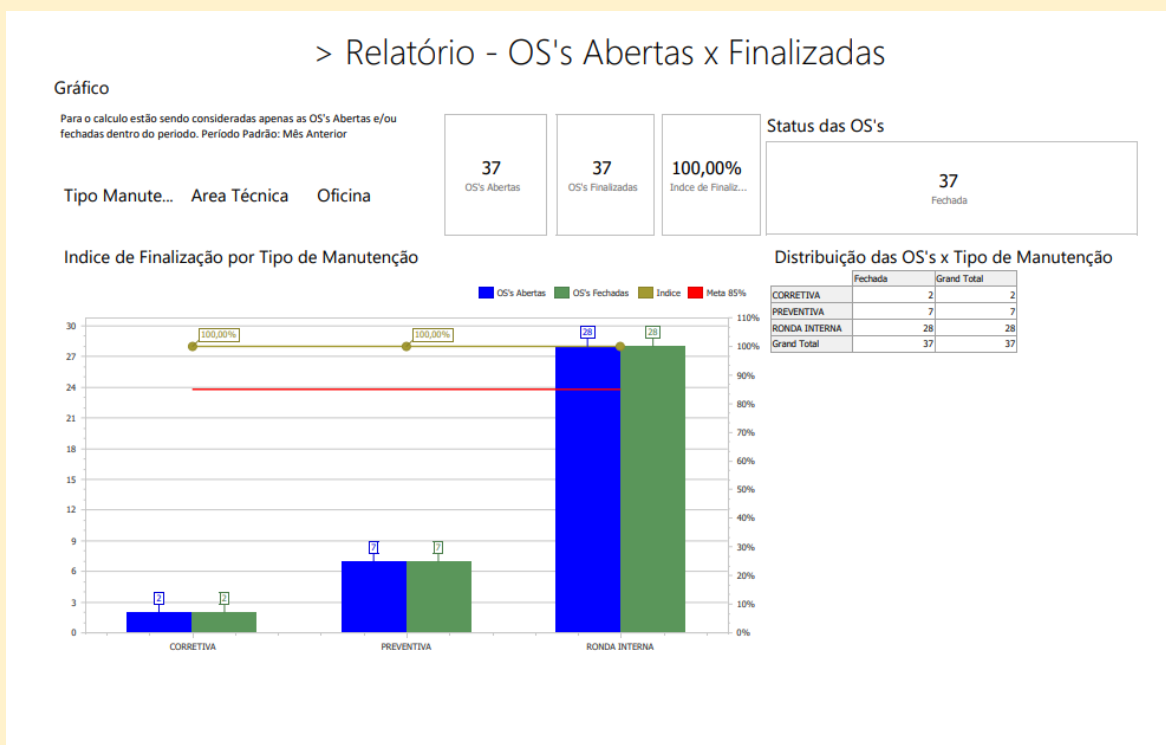
- Rastreabilidade / mapeamento do equipamento quanto à sua localização física, disponibilidade de uso e situação de manutenção.
- Forma de avaliação de desempenho das Organizações Sociais de Saúde (OSS's) e seus parceiros em relação aos equipamentos sob sua responsabilidade.
- Gerenciamento de equipamentos de alto custo. Tendo em vista que equipamentos como a Ressonância Nuclear Magnética tem valor

em média acima de R\$ 4.000.000,00 e que o parque tecnológico da SES/GO conta com várias delas, sendo o gerenciamento destes de suma importância.

- Organização de uma Engenharia Clínica eficiente e eficaz.
- Várias vidas salvas no enfrentamento da Covid-19, visto que um dos fatores para esse enfrentamento foi a utilização de EMH de suporte a Vida.
- Ferramenta de apoio para o gestor da pasta - Secretário de Saúde. Por meio do monitoramento via Sistema para o qual já está sendo realizado o inventário pela Coordenação de Engenharia Clínica da Gerência de Engenharia, Arquitetura e Manutenção da SES-GO, está sendo possível o conhecimento do parque tecnológico de forma ampla, mapeando minuciosamente por tipo de equipamento, estimativa de vida útil, taxa de utilização, histórico de manutenção e falhas, dentre outros indicadores de desempenho.

f) Evidências da realização da prática, bem como de sua ampla disseminação.

- Relatório de OS's abertas x finalizadas, emitido pelo sistema)



- Relatório de disponibilidade

**HEANA – Hospital Estadual de Anápolis** 26/05/2022 16:06

### Relatório de Disponibilidade

Filtros do relatório:  
 ORDENADO POR : DISPONIBILIDADE DECRESCENTE  
 DESCRIÇÃO: TOMOGRAFO 16 CANAIS  
 PERÍODO: 01/05/2022 ATÉ 31/05/2022

TAG	Equipamento	Modelo	Fabricante	Nº de Série	Patrimônio	OS	Disp.
HEANA-0348	TOMOGRAFO 16 CANAIS	SOMATOM SCOPE	SIEMENS	97102	663766	0	100,00 %
<b>Total de OS:</b>						<b>0</b>	

**Total de Registro(s)** 1

- Processo de aquisição do software nº [202000010042442](#).

### 2.7. Ação: Liderar e concluir projeto para criação de um Manual de Contratações de Serviços e Aquisições de Materiais

a) Nome da Boa Prática de Gestão de Riscos:

Criação do E-Manual de Contratações de Serviços e Aquisições de Materiais.

b) Responsáveis pela representação da proposta:

Túlio Magalhães da Veiga Jardim - Subsecretaria

*c) Id na matriz de riscos do Smartsheet que contempla a boa prática.*

778

*d) Descrição da Boa Prática, com explicação de objeto, metas e objetivos:*

O E-Manual de Contratações de Serviços e Aquisições de Materiais foi um dos produtos do Projeto Sinfono, que surgiu da necessidade do aprimoramento dos processos de contratações de serviços e aquisições de materiais, visando maior celeridade aos processos. Para tal, era premente maior clareza dos processos e suas atividades, bem como assegurar seu fácil acesso e atualização.

Dessa forma, foi criado em 03/09/2021 pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás o Projeto Sinfono (SEI nº 202100010047726, SES-GO), que teve como objetivos: realizar o mapeamento e modelagem dos atuais processos de contratação mais utilizados no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), com foco em uma melhoria dos processos, na retenção do conhecimento e na busca de maior celeridade dos atos praticados; disponibilizar de modo fácil e acessível toda a base de conhecimento processual, bem como os procedimentos operacionais padrão, de um modo que alterações supervenientes, sejam legais ou operacionais, possibilitem modificações dos produtos de um modo simplificado.

A equipe do Projeto Sinfono era composta por profissionais de diversas áreas, com expertise em suas áreas de atuação, e que atuaram em conjunto por aproximadamente cinco meses, culminando na entrega dos seguintes produtos:

- modelagem do macroprocesso de contratações e aquisições;
- modelagem dos processos de contratações e aquisições;
- procedimentos operacionais padrão;
- manual de contratações de serviços e aquisições de materiais;
- repositório virtual dos documentos.

A equipe do projeto adotou como benchmark o método executado na construção do manual de compras da Universidade Federal de Goiás (UFG), tendo como

parceira a Secretaria de Planejamento, Avaliação e Informações Institucionais desta universidade<sup>1</sup>.

O E-Manual de Contratações de Serviços e Aquisições de Materiais da SES-GO consolida as modelagens dos processos e os procedimentos operacionais padrão relacionados a contratações de serviços e aquisições de materiais no âmbito da pasta. Ele foi estruturado para que possíveis alterações administrativas e/ou legais que impactem nessas modelagens dos processos ou procedimentos operacionais padrão sejam atualizadas automaticamente, de modo que o leitor tenha acesso fácil e rápido ao manual atualizado.

O processo para contratações de serviços e aquisições de materiais da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) envolve diversas superintendências da pasta e outros órgãos, tornando-o complexo. Desse modo, recomenda-se ao servidor participante do processo o domínio do conteúdo do manual, podendo com isso facilitar o desempenho do seu trabalho e contribuir com a melhora contínua do processo. Ao cidadão, o conhecimento do manual pode fortalecer o controle social e o feedback quanto à qualidade do processo.

O manual deve ser utilizado para direcionar e orientar as atividades necessárias às contratações de serviços e aquisições de materiais no âmbito da SES, exceto contratos de gestão, modalidades licitatórias que não costumam ser utilizadas pela SES-GO e as transferências constitucionais, legais e voluntárias. As atividades foram agrupadas em procedimentos operacionais padrão (POPs), contidos e organizados em modelagens de processos e estes, consolidados na forma de modelagem do macroprocesso

*e) Resultados já alcançados pela Boa Prática:*

Até o momento os principais resultados obtidos são a instrução mais adequada dos processos, com expectativa de que nos próximos quadrimestres seja observada maior celeridade na conclusão de aquisições e contratações.

*f) Evidências da realização da prática, bem como de sua ampla disseminação:*



I - Manual disponibilizado no portal da Secretaria para amplo acesso <https://www.saude.go.gov.br/processos-organizacionais>.

II- PORTARIA N° 208, DE 8 DE FEVEREIRO DE 2022, que Institui, na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO, o “E-Manual de Contratações de Serviços e Aquisições de Materiais”. (SEI.000027504832).

IV- Despacho nº 147/2022 - Ses/sub-03080 (SEI.000027583841), da Subsecretária às Áreas da Pasta, para conhecimento e cumprimento, da Portaria nº 208 (SEI nº 000027504832), que trata do "E-manual de Contratações e Aquisições", disponível no Portal da Secretaria de Estado da Saúde (link: <https://www.saude.go.gov.br/processos-organizacionais>), e de seus produtos subsidiários.

### 3- DEMAIS RESULTADOS DE GESTÃO DE RISCOS NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.

Os resultados a seguir, extraídos da matriz de riscos da SES-GO do smartsheet refletem melhorias diretas e indiretas que o gerenciamento do risco trouxe para a unidade, inclusive com relação à redução de tempo de execução processual.

ID	Risco / Controle	Resultados Positivos
0281	Ausência de Regionalização da Saúde	Expansão da Regionalização da Saúde
0812	Instrução Inadequada em na "Determinação de contratação de Organização Social" em Processos de Seleção e Contratação de Organização Social	- Menos atrasos em pelo menos 5 contratos - Maior clareza nos processos de seleção e contratação de OS
0286	Colapso do Sistema de Saúde	Diminuição de Superlotação do sistema , Facilitação da Regionalização. Aumento da Rede Estadual de Saúde 9 Hospitais Entregues
0283	Não assessoramento adequado ao Secretário	Melhora no assessoramento direto ao Secretário de Saúde
0288	Ausência de coordenação da agenda do Secretário	Diminuição da perda/esquecimento de compromissos, lembretes e reuniões
0290	Emissão reiterada de determinadas diligências/orientações com vistas a adequação dos procedimentos a correta interpretação/subsunção a norma.	Maior efetividade às orientações dispensadas para adequação dos procedimentos. Celeridade na instrução dos procedimentos.
0291	Utilização de Instrumentos convocatórios em desacordo com a legislação nos procedimentos licitatórios.	Uniformização da aplicação da Lei de Licitações na elaboração dos instrumentos convocatórios. Maior agilidade e segurança às contratações da SES.

<b>0292</b>	Atraso no atendimento do deadline (prazo de entrega) de demandas da imprensa	<p>Implantado relatório de monitoramento do atendimento aos veículos de comunicação, com diminuição do indicador de risco de 21,5% para 13,10%, desde quando teve início o monitoramento das demandas por meio de relatório de atendimento (do 2Q21 para 1Q22). Isto impactou sobremaneira nos objetivos da pasta, que utilizou este serviço para propiciar a comunicação devida durante a Pandemia de COVID-19.</p> <p>A grande maioria dos pedidos de demanda de imprensa foi atendida, com o encaminhamento adequado (efetivo repasse de informações, cancelamento por motivos externos ou encaminhadas para a assessoria de imprensa responsável pelo assunto). Como resultado, foram repassadas para a sociedade informações sobre temas de interesse relacionados à saúde, e a Comunicação Setorial cumpriu sua função de tornar a SES-GO fonte de conteúdo de pautas relevantes para a mídia.</p>
<b>0293</b>	Não atendimento em tempo oportuno das demandas sobre transparência	<p>Houve um aumento em 3% (de 92% para 95%) da avaliação da página de acesso à informação da SES no segundo ranking de Transparência do Compliance. Isto impactou sobremaneira nos objetivos da pasta, que utilizou este serviço para propiciar acesso às informações de interesse da população.</p>
<b>0294</b>	Não planejar, coordenar e estabelecer, no âmbito organizacional, ações para o cumprimento das atribuições institucionais.	Evolução no cumprimento das atribuições institucionais
<b>0295</b>	Não prestar assessoria no acompanhamento e na tramitação de projetos de leis e processos de interesse do SUS	Melhora no acompanhamento dos processos estratégicos inerentes ao SUS.
<b>0296</b>	Não assessoramento do Secretário de Estado de Saúde nos processos de gestão da pasta	<p>Foi notado que as decisões da Secretaria puderam contar com o subsídio técnico adequado.</p> <p>- No 1q22 notou-se que o risco diminuiu em função da implantação da ação.</p> <p>- Notou-se que os processos prioritários passaram a estar mais integrados à área... pelo menos 80%</p>
<b>0297</b>	Não cumprimento de cronograma na fase de implantação de unidade de saúde	<p>Foi perceptível que a implantação das unidades foi mais gradual, humanizada e levou em conta os critérios técnicos de gestão da saúde</p> <p>No 1 q22, foi possível analisar fatores técnicos que geram atrasos em implantações</p>
<b>0298</b>	Não cumprimento dos prazos legais da Ouvidoria	<p>1 - Estabelecimento de Procedimento Operacional Padrão para monitoramento dos prazos de respostas;</p> <p>2 - Redução do número de manifestações não respondidas, no prazo legal.</p>

<b>0299</b>	Funcionamento ineficiente das Ouvidorias Descentralizadas das Unidades de Saúde Estadual	1 - Planejamento Estratégico para alcance das Ouvidorias Descentralizadas, no processo de implantação do Novo Sistema OuvidorSUS e operacionalização; 2 - Uniformização do Termo de Adesão e Formulário de cadastro das Ouvidorias Descentralizadas junto ao Ministério da Saúde; 3 - Atualização dos dados das Ouvidorias Descentralizadas para divulgação no site da SES/GO 4 – Realizado monitoramento e orientação técnica, in locu, inicialmente em 07 unidades da SES- GO ( HERSO, Policlínicas Estaduais de Posse, Quirinópolis e Goianésia, Regionais de Saúde São Patrício II e Nordeste II) 5 - Implementação dos Indicadores de monitoramento do funcionamento das Ouvidorias Descentralizadas, através SIGUS/SES-GO.
<b>0717</b>	Ausência de uniformização e controle dos Processos de trabalho da Ouvidoria	Não. Monitoramento não realizado neste quadrimestre, tendo em vista que o risco foi mapeado no início do 2º Quadrimestre de 2022, a partir de 06/05/2022.
<b>0801</b>	Perda de prazo para julgamento de PAD	Ainda não existe, tendo em vista que o risco foi mapeado em 20/05/2022
<b>0302</b>	Perda do Prazo para deliberar sobre SAC's e Autógrafos de Lei	Evolução significativa no item do Ranking anual do Compliance que avalia a capacidade de resposta da SES às recomendações da CGE (SACs).
<b>0306</b>	Não efetividade na Implantação do Programa de Compliance Público (não atingimento das metas referentes ao avanço do PCP) - Revisão em 26/05/2022	Evolução significativa da Pasta no Ranking do Compliance. Em 2019: 59,50 pontos - 14º lugar Em 2020: 75,95 pontos - 14º lugar Em 2021: 84,67% (36,41 de 43 pontos) - Prévia em agosto de 2021 Em 2021: 89,50% - 2º lugar no Ranking PCP Selo ouro em transparência. 2(dois) projetos premiados no quesito "Inovação em transparência". 1(um) servidor homenageado pela CGE pelo empenho na Implantação do PCP. 6 servidores certificados. 100% do organograma mapeado.
<b>0307</b>	Inefetividade da Gestão de Riscos na pasta - Revisão em 26/05/2022	Expansão considerável do escopo de 8 áreas (gerências iniciais) em 2019 para 56 áreas em 2021. Além de utilização da GR em novos projetos. 3Q21: 100% das unidades do organograma com GR Implantados. Capacitação de Todos os membros do Comitê Setorial em GR Alta Gestão. 2020: Todos (11) 2021: + 2 (novos) Capacitação de servidores da SES no curso de GR (30 horas) da Egov: 2019: 26 2020: 25 2021: 71
<b>0676</b>	Ausência de fluxo de comunicação de riscos - Revisão em 26/05/2022	Formalização da Comunicação Interna de Riscos Altos, Extremos e Chaves.

0309	Prescrição dos processos correccionais - Revisão em 05/05/2022	<p>1- Redução no número de processos prescritos em 100%;</p> <p>2- Controle pelas Comissões, dos prazos prescricionais através de cadastro de 100% dos processos no Sistema de Controle de Procedimentos Administrativos Disciplinares - SISPAC e Controle dos Processos de responsabilização (PAF/PAR), ambos disponibilizados pela CGE;</p> <p>3- Celebração de Termos de Ajustamento de Conduta - TACs, conforme a Lei Estadual nº 20.756/2020. Sendo: de 8 (oito) processos possíveis de celebração de TAC, foram celebrados 6 TACs, em 2021, e de 2 processos passíveis de TAC, foram realizados 2 em 2022;</p> <p>4- Servidores em processo de capacitação, sendo 4 servidores em busca da certificação do Compliance (PRP);</p> <p>5- Divisão das Comissões em: Comissão Permanente de Sindicância, 1ª Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar, 2ª Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar, Comissão Permanente de Tomada de Contas Especiais, Comissão de Processo Administrativo de Responsabilização e Comissão de Processo Administrativo de Pessoas Jurídicas;</p> <p>6 – Criação de fluxo com a GGDP para notificar servidores ao fim de suas licenças, incentivando o retorno ao trabalho ou o pedido de exoneração, evitando abertura de PAD por abandono (10 processos resolvidos em 2022).</p>
0311	Dificuldade na gestão dos processos agravada em razão de pandemia - Corona vírus/ Revisão em 05/05/2022	<p>1- Disposição da Corregedoria em 8 salas, comportando as Comissões separadamente, além de uma sala específica para realização de audiências e uma copa;</p> <p>2- Entrega de duas webcams para realização de audiências online e dois novos computadores completos;</p> <p>3- Aumento na proporção de realização de audiências online semanal para 80% em relação ao período presencial;</p> <p>4 - Atuação da Comissão Permanente de Sindicância, 1ª Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar e 2ª Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar em 182 processos, 117 processos na Comissão de Processo Administrativo de Responsabilização e 72 processos na Comissão de Tomada de Contas Especiais, em trâmite, em 05/2022;</p> <p>5- Servidor específico para realizar citação presencial, melhorando o trâmite processual, nessa fase em 96%;</p> <p>6-Coordenação dos trabalhos dos advogados dativos, melhorando o trâmite processual em 98%;</p> <p>7 – Atuação da Comissão de Processo Administrativo de Responsabilização em busca de ressarcimento ao erário em 40 processos em 2021;</p>
0737	Diminuição de servidores efetivos nas Comissões, com formação em Direito ou Contabilidade	<p>1- No 1Q22 as Comissões contam com 11 servidores formados em direito ou contabilidade e 6 servidores de apoio administrativo;</p> <p>2- Foi realizado um recrutamento interno, em jan/2022, em que 1 servidor formado em contabilidade foi selecionado para atuar na CPTCE;</p> <p>3- Cadastro da CORSET no Consulta Vagas da GGDP/SGL com os perfis de servidores que o setor necessita;</p> <p>4- Certificação no Compliance Público de 2 servidores efetivos</p>

<b>0413</b>	Ausência de acompanhamento dos processos prioritários e estratégicos	Maior ciência do Superintendente em relação às demandas das gerências
<b>0414</b>	Perda de prazo de resposta em processos com demandas do Tribunal de Contas do Estado de Goiás Rev. 19/05/2022	Risco revisto no 1Q22, tornando o indicador mais objetivo, o que permitirá identificação de resultados no próximo quadrimestre.
<b>0740</b>	Perda de prazos de resposta em processos com demandas da Ouvidoria.	Risco mapeado no 1Q22
<b>0005</b>	Aceitação de propostas em desacordo com o edital.	Os Servidores da Gerência tem se capacitado bastante e conhecendo cada vez mais os procedimentos de sua área, tem-se observado a diminuição da probabilidade de aparecimento do risco. Desde a implantação da gestão de riscos os servidores da GCG estão se capacitando em cursos nas escola de governo, o grau de comprometimento dos servidores na realização de cursos e formações, no 3º Quadrimestre/2021 foram realizados 35 cursos/formação no 1º Quadrimestre/2022 foram 80 cursos/formação. As formações tem melhorado bastante o andamento dos trabalhos dos licitantes tem diminuído o tempo de realização dos editais e seu teor tem facilitado aos fornecedores a participação nas licitações.. As formações tem melhorado bastante o andamento dos trabalhos dos licitantes tem diminuído o tempo de realização dos editais e seu teor tem facilitado aos fornecedores a participação nas licitações.
<b>0011</b>	Licitações desertas, fracassadas ou com pouca competitividade entre licitantes e/ ou anuladas	No 1Q22 houve uma diminuição de 01 (uma) licitação deserta ou fracassada, o mercado ainda passa por uma falta de matéria prima e inflação, com isto ainda há um grau de licitações que não parece ninguém ou o valor pouco atrativo, mas em vista do passado onde os fornecedores tinham receio de participar de licitação da saúde principalmente com recursos próprios, com a o Decreto de 2019 eles estão mais confiantes em participar das licitações da SES devido a efetivação dos pagamentos aos fornecedores por ordem cronológica, bem como a melhoria na estimativa de preços por parte da área demandante/planejamento de compras, houve diminuição do aparecimento do risco. Outro fator que fez este risco diminuir foi o grau de comprometimento dos servidores na realização de cursos e formações, no 3º Quadrimestre/2021 foram realizados 35 cursos/formação no 1º Quadrimestre/2022 foram 80 cursos/formação. As formações tem melhorado bastante o andamento dos trabalhos dos licitantes tem diminuído o tempo de realização dos editais e seu teor tem facilitado aos fornecedores a participação nas licitações.
<b>0721</b>	Falhas formais cometidas pelo agente de compras nos processos de aquisições.	O objetivo desta criação de risco foi diminuir o grande número de retrabalho que esta gerência tem realizado, os motivo são internos a gerências e de outras áreas, com a implantação devemos diminuir o tempo de aquisição dos bens e serviços e disponibilizar a população um serviço de saúde com eficiência e ágil.

<b>0016</b>	Pagamento efetuado com recurso inadequado (verbas federais). Rev. 17/05/21	A mudança nos procedimentos, principalmente na de solicitação de CMDF, proporcionou melhor acompanhamento do risco. Mesmo com a ocorrência do erro na documentação, os coordenadores de empenho e pagamento conseguem verificar a informação e evitar a indicação inadequada dos recursos
<b>0017</b>	Atrasos de pagamentos a fornecedores, contratadas, organizações sociais, faturas, boletos e impostos. Rev 17/05/21	Maior monitoramento dos eventos de risco, da visão sistêmica
<b>0726</b>	Ausência de prestação de contas dos recursos dos Fundos Rotativos da SES pelos gestores	Maior controle da aplicação dos recursos dos Fundos Rotativos, possibilitando a orientação dos gestores e evitando a utilização inadequada.
<b>0020</b>	Não recebimento de salários / diferenças salariais / gratificações / adicionais	Maior celeridade nas instruções processuais. Menor índice de retrabalho. Redução de 45% de novos processos de diferenças salariais.
<b>0021</b>	Pagamentos indevidos de salários/gratificações/adicionais	Economia gerada em razão de restituição ao erário, identificado a partir de conferências realizada pela Gerência.
<b>0024</b>	Falta de concessão de direitos e benefícios	Nova ação iniciada para verificar resultados a partir dos indicadores do 3Q/22.
<b>0029</b>	Servidor receber salário sem a devida prestação de serviço	Diminuição do número de instauração processo de abandono comparado ao quadrimestre anterior: 3º quadrimestre: 8 4º quadrimestre: 4
<b>0032</b>	Destruição de documentos de servidores; Colapso no armazenamento.	Ainda não foi possível mensurar.
<b>0034</b>	Não cumprimento de decisões judiciais em tempo hábil, relativos a processos de folha de pessoal.	02 últimos quadrimestre sem demandas judiciais respondidos interpostivamente.
<b>0040</b>	Atrasos na conclusão de Aquisições e Contratações. (Rev. 19/05/2021)	Temos observado alterações legislativas e regulamentares tendentes a desburocratizar a tramitação de processos aquisitivos, como exemplo a delegação do governador aos Secretários a autorização da celebração de contratos, a desburocratização de outorgas e critérios menos engessados de precificação. Além disso, no 1Q22 foi publicado o E-Manual de Contratações e Aquisições da SES-GO. Todas medidas que tendem a conferir celeridade às licitações.

<p><b>0038</b></p>	<p>Quantitativos equivocados (Adquirir algo não necessário, ou a mais, ou a menos do que o necessário) - Ofício Circular nº 10/2021 (Processo nº 202111867000562)</p> <p>(Rev. 25/05/2021)</p>	<p>Processo / Economia / Critério de mensuração</p> <p>1 - 202000010032329 / R\$ 1.661.130,90 / Valor obtido com base no preço contido no Termo de Referência (000017352564) quando comparado o total que originariamente seria adquirido com os novos quantitativos (000020656763)</p> <p>2 - 202100010007260 / R\$ 667.298,82 / Unidade desistiu do tipo de aquisição pretendida (000023695192)</p> <p>3 - 201900010031699 / R\$ 0,00 / Em que pese a alteração dos quantitativos, ainda não houve precificação no processo. De qualquer forma os quantitativos eram estimados, e possivelmente não haveria prejuízo com a contratação</p> <p>4 - 202000010031803 / R\$ 914.072,84 / Diferença entre os valores do Último (000022890662) e o primeiro (000016600207) Termo de Referência.</p> <p>5 - 202000010034503 / R\$ 0,00 / Processo ainda não precificado. Ainda não mensurados.</p> <p>6 - 202000010034617 / 18802,7 / Preço estimado (000020474035) dos termômetros excluídos</p> <p>7 - 202000010034633 / R\$ 0,00 / Processo ainda não havia sido precificado no momento da alteração dos quantitativos.</p> <p>8 - 202000010040350 / R\$ 0,00 / Contratação foi dimensionada com produtos (quantitativos) já contratados pela Organização Social. Como o intuito era substituir o contrato da Organização Social, consideramos que não haveria prejuízo.</p> <p>Total R\$ 3.261.305,26</p> <p>1Q22 - A SES celebrou no quadrimestre os Contratos nº 20/2022-SES (monitoramento via CFTV) e nº 23/2022-SES (vigilância armada), ambos provenientes de participação na Ata de Registro de Preços nº 002/2022 da SEAD, que resultaram na redução de 57 postos de vigilantes em razão da implantação do monitoramento. A ação traz eficiência para a segurança patrimonial do órgão e ao mesmo tempo trouxe uma economia estimada em R\$ 4.018.747,32 anuais, conforme consta no relatório gerencial do quadrimestre.</p>
<p><b>0202</b></p>	<p>Precificação desvantajosa (Rev. 25/05/2021) - Ofício Circular nº 10/2021 (Processo nº 202111867000562)</p>	<p>Economia estimada consistente na não adesão à ARP inserida no processo 202100010006430 em virtude de pesquisa mercadológica superveniente que constatou precificação desvantajosa registrada na referida ARP. Como o preço da ata foi comparado com o preço médio obtido na nova pesquisa mercadológica (preço máximo para adjudicação na licitação 202000010034503) é possível que a economia seja ainda mais expressiva. O valor obtido levou em consideração os 4 equipamentos que seriam adquiridos no processo da adesão fracassada.</p>
<p><b>0275</b></p>	<p>Preenchimento inadequado das metas físicas dos produtos e das informações constantes do relatório de realizações das ações do Plano Plurianual (PPA) pelos setores da SES</p>	<p>- Monitoramento e Atualização diária do PPA e informações inseridas no sistema SIPLAM da SES-GO.</p>
<p><b>0274</b></p>	<p>Não realização da apropriação de despesas para todas as</p>	<p>- Monitoramento contínuo e diário do orçamento da SES-GO.</p>



	requisições recepcionadas pela GPI	
<b>0050</b>	Descontrole do patrimônio da SES.(bens ociosos ou extravio de bens) Rev. 27/05/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria na comunicação com as OS's;</li> <li>- Melhoria no Processo de Inventário Anual;</li> <li>- Melhoria no Processo de Devolução de Bens; e</li> <li>- Melhoria no Processo de Desfazimento de Bens.</li> </ul>
<b>0052</b>	Medição dos serviços realizados acima do que foi executado (superfaturamento). Rev. 20/05/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria no nível operacional: <ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; Melhoria na conscientização dos servidores na prestação do serviço público de forma ética.</li> <li>-&gt; Maior aderência dos servidores à cursos e capacitações.</li> </ul> </li> <li>- Melhoria do nível gerencial <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria no suprimento de mão de obra na área de engenharia civil. Além da prorrogação dos atuais contratos temporários por mais 24 meses, está sendo tramitado processo que prevê a contratação de mais temporários para atuarem na área técnica desta Gerência. Consequentemente, há redução na possibilidade de erros.</li> <li>- Melhoria de alguns controles internos, tais como capacitação para servidores atuarem como gestores de contrato. Bem como capacitação da servidora que auxilia a gerente no preenchimento da matriz de riscos a qual já realizou cursos na Escola de Saúde referentes aos 4 Eixos do Programa de Compliance.</li> <li>- Houve melhoria no andamento de algumas ações de controle, que antes constava como "Iniciado" e atualmente é "Existente"</li> <li>- Nível do risco foi reduzido de "maior" para "moderado", desde o 2Q21</li> </ul> </li> </ul>

0053	<p>Aquisição e recebimento de equipamentos, serviços ou obras em condições insuficientes ou insatisfatórias. Rev. 20/05/2022</p>	<p>- Melhoria no nível operacional: -&gt; Melhoria na conscientização dos servidores na prestação do serviço público de forma ética. -&gt; Maior aderência dos servidores à cursos e capacitações.</p> <p>- Melhoria do nível gerencial</p> <p>- Melhoria na efetividade dos controles. Antes da implementação da gestão de riscos, a efetividade no controle existente era "inexistente". Desde o 2Q2020, é "Satisfatório".</p> <p>- Melhoria no suprimento de mão de obra na área de engenharia civil. Além da prorrogação dos atuais contratos temporários por mais 24 meses, está sendo tramitado processo que prevê a contratação de mais temporários para atuarem na área técnica desta Gerência. Consequentemente, há redução na possibilidade de erros.</p> <p>-&gt; Foi adquirido software (processo SEI nº 202000010042442) para gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares, o qual contribuiu para a implantação da ação de controle "Monitoramento do parque tecnológico de equipamentos da SES". O parque tecnológico da Secretaria de Saúde possui uma dimensão relevante, considerando ainda a expansão de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (dentre eles Hospitais e Policlínicas). Os equipamentos ficam sob responsabilidade das Organizações Sociais de Saúde, que na maior parte não repassam informações sobre a vida dos equipamentos. Portanto, muitas vezes, esta Gerência fica sem informações e indicadores para avaliação e tomada de decisão. O software para gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares auxiliará na minimização da ocorrência do risco.</p> <p>-&gt; Os processos 201900010038115 (Aquisição de insumos) e 202000010001912 (Aquisição de ferramentas), foram autuados com a finalidade de subsidiar a fiscalização de obras e serviços desta Gerência. Devido a pandemia do COVID, vários processos foram designados como "não prioritários", incluindo estes. Entretanto o de Ferramentas foi concluído e já está na fase final. O de Insumos ainda não foi concluído. OBS: Importante ressaltar que muitas ferramentas não tiveram oferta de fornecedores (foram desertos ou fracassados). Sendo assim, o atendimento à esta demanda não foi completa.</p> <p>- Melhoria de alguns controles internos, tais como capacitação para servidores atuarem como gestores de contrato. Bem como capacitação da servidora que auxilia a gerente no preenchimento da matriz de riscos a qual já realizou cursos na Escola de Saúde referentes aos 4 Eixos do Programa de Compliance.</p> <p>- Houve melhoria no andamento de algumas ações de controle, que antes constava como "Iniciado" e atualmente é "Existente"</p> <p>- Nível do risco foi reduzido de "maior" para "moderado", desde o 2Q21</p>
0317	<p>Encerramento do fechamento mensal fora do prazo estabelecido</p>	<p>Acompanhamento mensal de toda a movimentação contábil, pagamentos feitos de forma tempestiva.</p>
0318	<p>Envio da Prestação de Contas dos Gestores fora do Prazo</p>	<p>Acompanhamento junto as áreas responsáveis de todas as manifestações a serem inseridas no bojo da prestação de contas à CGE e TCE.</p>

	estabelecido pela CGE e TCE	
<b>0792</b>	Envio das informações no Artigo 30 - TCE - fora do prazo e com valores divergentes	Acompanhamento das informações emitidas pelo Sistema de Contabilidade, bem como das informações geradas no BO, para envio dos dados ao TCE
<b>0324</b>	Perda de prazo em processos de natureza transversais	- Atrasos processuais diminuíram 10% no 1Q22, conforme a planilha anexada - Melhor Controle Social - Foi possível a criação de tabelas relativas à distribuição de processos às superintendências. Com esta metodologia, após a distribuição, sabe-se exatamente onde está cada processo e se a resposta está atrasada ou não. Este controle permitiu que muitos prazos fosse cumpridos de maneira mais efetiva
<b>0506</b>	Risco de ineficiência das coordenações regionais da SES GO	- Possibilitar Regionalização da Saúde de modo efetivo - Reestruturação da equipe regional - Aumento da suto-confiança dos coordenadores na realização das ações - Maior representatividade da SES na macrorregião - Alinhamento do nível central com as regionais de saúde - Maior comunicação entre as regionais e o nível central
<b>0530</b>	Risco de deficiência na organização, coordenação e supervisão técnica das superintendências (rev 17.05.2022)	- (3Q22) Criação de um Manual de Contratações de Serviços e Aquisições de Materiais - Maior organização da Estrutura, de modo a impactar positivamente na saúde da população - Maior conhecimento dos projetos das coordenações e gerências pela Subsecretaria - Criação de projetos a nível macro que retratem as dificuldades das áreas do órgão
<b>0376</b>	Atraso na elaboração de estudos técnicos	1. Redução do tempo de execução dos trabalhos técnicos; 2. Melhor distribuição de tarefas entre os membros da equipe; 3. Finalização tempestiva dos produtos técnicos da Gerência; 4. Convite para participação do Prêmio de Evidência da ENAP; 5. Instrumentalização dos servidores que desenvolvem as sínteses.
<b>0379</b>	Não entrega de produtos solicitados por áreas técnicas da SES-GO via Help Desk de de forma plena e em tempo hábil	1. Satisfação das áreas demandantes; 2. Qualificação dos produtos (análise de dados, desenvolvimento de mapas, gráficos, figuras, etc) de acordo com as solicitações; 3. Reconhecimento do Conecta SUS enquanto área de referência no fornecimento e produção de Informações em saúde;
<b>0776</b>	Não validação/publicação de indicadores de saúde	- Qualificação de 100% dos indicadores estratégicos da pasta até o primeiro semestre de 2022 - Validação das fichas de indicadores utilizados na SES; - Padronização da forma de obtenção dos dados e uso dos indicadores de saúde; - Aumento gradual da transparência dos dados de saúde pública.
<b>0321</b>	<u>Falta de preenchimento diário dos dados do Informativo Internações COVID19, no sistema "Formulário COVID19".</u>	1. Redução no número de unidades que não realizam o preenchimento das informações do "Informativo Internações" do Formulário COVID19; 2. Informação mais fidedigna no Painel COVID19.

	<a href="https://indicadores.saude.gov.br/pentaho/api/repos/coronavirus:painéis:painel.wcdf/generatedContent">https://indicadores.saude.gov.br/pentaho/api/repos/coronavirus:painéis:painel.wcdf/generatedContent</a>	
<b>0322</b>	<p><b>RISCO:</b> Disponibilizar os *status dos leitos destinados ao tratamento da Covid-19 de maneira incongruente no Painel Mapa de Leitos. <a href="https://indicadores.saude.gov.br/public/mapa deleitos.html">https://indicadores.saude.gov.br/public/mapa deleitos.html</a></p> <p>* Disponível,Ocupado e Bloqueado.</p>	<p>1- Redução do nº de não-conformidades entre o Painel Mapa de Leitos e a Gestão de Leitos nas unidades hospitalares; 2- Maior confiabilidade aos dados informados no Painel Mapa de Leitos; 3- Diminuição no nº de unidades que deixavam de atualizar o Mapa de Leitos;</p> <p>Obs: ainda que não se tenha um comparativo entre o monitoramento 2Q21 e o 3Q21, percebe-se, sensorialmente, grande melhoria na atualização das informações prestadas acerca da ocupação dos leitos destinados ao tratamento da Covid-19 apresentados no Painel Mapa de Leitos.</p>
<b>0699</b>	<p><b>RISCO:</b> Disponibilizar os *status dos leitos de UTI Geral de maneira incongruente no Painel Mapa de Leitos. <a href="https://indicadores.saude.gov.br/public/mapa deleitos.html">https://indicadores.saude.gov.br/public/mapa deleitos.html</a></p> <p>* Disponível,Ocupado e Bloqueado.</p>	Monitoramento inexistente no período.
<b>0446</b>	<p>Risco de descontinuidade do atendimento pré-hospitalar (APH) terrestre oferecido pelo SIATE, relacionado a ausência de insumos, medicamentos, equipamentos e veículos que impeçam o atendimento à população.</p>	<p>No período de monitoramento (a partir de 24/06/2021), verificou-se diversos resultados positivos, tais como: - Sistematização da previsão de interrupção do serviço; - Oportunidades de mitigar o risco com ações pontuais e baseada em informações; - No caso de aquisição do medicamentos, o monitoramento permitiu antever o desabastecimento e autuar novos procedimentos licitatórios para aquisição; dentre outros. No entanto, o resultado mais positivo, foi a implantação da cultura de gestão dos riscos, com grande engajamento da equipe mediante os resultados atingidos, mesmo que de forma inicial e ainda em processo de qualificação. Tendo em vista que risco iniciou seu mapeamento em 24/6/21, os processos licitatórios oriundos dessa gestão ainda não se concretizaram, não permitindo a mensuração nesse momento dos valores elencados e conseqüente verificação da economia gerada.</p>

0447	Risco de desenvolvimento de doenças/agravos adquiridos em ambiente laboral	Mesmo tendo iniciado em 29/06/2021, o monitoramento desse risco foi altamente relevante para a melhoria das relações interpessoais e interprofissionais, pois a execução do Plano de Ação em colaboração intersetorial (CAPSES/GGDP/SES). O monitoramento desse risco e intervenção intersetorial ampliou a discussão de Saúde Ocupacional e Saúde Mental no ambiente laboral, sendo extremamente oportuno no contexto da Pandemia pela COVID-19. O plano de ação permanecerá conforme orientação das profissionais que consta no Relatório anexo à Linha 201. Não há possibilidade de mensuração financeira da economia gerada no monitoramento desse risco. No entanto, há que se considerar que a qualidade de vida no trabalho e saúde mental dos servidores que atuam no Atendimento Pré-Hospitalar, expostos a todas as intempéries que a assistência oferece em tempos pandêmicos; é algo de valor inquestionável. Com toda certeza, a gestão desse risco permitiu cuidar de quem cuida, refletindo na qualidade de vida de cada servidor do SIATE.
0453	Emissão incorreta de faixas numéricas para Autorização de Internação Hospitalar - AIH, Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alto Custo - APAC	Monitoramento não realizado, tendo em vista que risco foi mapeado em 01/09/21 e ainda não foi implementada a ação de controle, que será iniciada 3Q21. • Referente ao 3Q21, observamos o cumprimento da meta estipulada bem como a agilidade na resolução das ocorrências observadas.
0335	Rejeições e Glosas no Processamento da Produção Ambulatorial SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SUS) dos Estabelecimentos de Saúde sob Gestão Estadual.	Monitoramento não realizado, tendo em vista que risco foi mapeado em 01/09/21 e ainda não foi implementada a ação de controle, que será iniciada 3Q21. • Referente ao 3Q21, observamos o cumprimento da meta estipulada e a diminuição das Rejeições devido as ações implementadas.
0336	Desatualização do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dos Estabelecimentos de Saúde sob Gestão Estadual.	Monitoramento não realizado, tendo em vista que risco foi mapeado em 01/09/21 e ainda não foi implementada a ação de controle, que será iniciada 3Q21. • Referente ao 3Q21, observamos o cumprimento da meta estipulada e a diminuição das Rejeições devido as ações implementadas.
0328	Taxa de absenteísmo elevada para as consultas médicas especializadas de 1ª vez nas unidades de saúde sob regulação estadual  CANCELADO	Monitoramento não realizado, tendo em vista que risco foi mapeado em 30/6/21 e ainda não foi implementada a ação de controle, que será iniciada no próximo quadrimestre 3Q21.

<b>0533</b>	Taxa de absenteísmo elevada para os exames de diagnóstico nas unidades de saúde sob regulação estadual  CANCELADO	Monitoramento não realizado, tendo em vista que risco foi mapeado em 30/6/21 e ainda não foi implementada a ação de controle, que será iniciada no próximo quadrimestre 3Q21.
<b>0747</b>	Inclusão de solicitações de consultas especializadas em filas erradas no Sistema Estadual de Regulação de Vagas Integradas à Rede (SERVIR)	Monitoramento não realizado, tendo em vista que risco foi mapeado em 01/05/2022 e ainda não foi implementada a ação de controle, que será iniciada no próximo quadrimestre 2Q22.
<b>0760</b>	Atendimento ambulatorial especializado (consultas e exames) nas unidades estaduais sem inserção de solicitação no sistema de regulação	Monitoramento não realizado, tendo em vista que risco foi mapeado em 01/05/2022 e ainda não foi implementada a ação de controle, que será iniciada no próximo quadrimestre 2Q22.
<b>0804</b>	Abertura de agendas ambulatoriais com quantitativo de vagas em desacordo com a capacidade operacional da unidade prestadora	Monitoramento não realizado, tendo em vista que risco foi mapeado em 01/05/2022 e ainda não foi implementada a ação de controle, que será iniciada no próximo quadrimestre 2Q22.
<b>0339</b>	Redução da resolutividade do processo regulatório de urgência  REVISÃO: 08/02/2022 - Descrição do risco foi alterada, para adequação ao monitoramento. Descrição anterior do risco: Morosidade no processo regulatório de internações	Publicização do perfil assistencial das unidades da Rede Própria e contratualizadas, contribuindo para promover o conhecimento sobre os serviços ofertados em cada instituição; No 3Q21 identificou-se que a resolutividade do processo regulatório se manteve acima da meta estipulada.
<b>0337</b>	Indisponibilidade e de leitos para a Regulação Estadual  REVISÃO: 09/02/2022 - Descrição do risco foi alterada, para adequação ao monitoramento. Descrição anterior do risco: Gerenciamento de leitos ineficaz	Desenvolvimento de trabalho conjunto entre o NIR das unidades da Rede Própria e contratualizada e NIR Estadual;

<b>0714</b>	Não adesão das Centrais de Regulação de Urgência do SAMU 192 em responder ao formulário de monitoramento diário das unidades móveis ativas e inoperantes diariamente	Risco ainda não havia sido monitorado no respectivo quadrimestre
<b>0419</b>	Prolongamento do tempo de espera para a execução do procedimento cirúrgico eletivo	Monitoramento não realizado, tendo em vista que risco foi mapeado em 30/6/21 e ainda não foi implementada a ação de controle, que será iniciada no próximo quadrimestre 3Q21.
<b>0420</b>	Prolongamento do tempo para pagamento da ajuda de custo	Monitoramento não realizado, tendo em vista que risco foi mapeado em 30/6/21 e ainda não foi implementada a ação de controle, que será iniciada no próximo quadrimestre 3Q21.
<b>0334</b>	Recusa das famílias para doação de órgãos e tecidos	Monitoramento não realizado, tendo em vista que risco foi mapeado em 29/6/21.
<b>0340</b>	Possíveis receptores fora da fila para o transplante devido ao status semi-ativo	Redução do número total dos pacientes com status semiativos em lista de espera para o transplante.
<b>0343</b>	Monitoramento inadequado das ações da PAS 2021	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentação de dados seguros e fidedignos;</li> <li>2. Ampliação da transparência da informação;</li> <li>3. Subsidiar a alta gestão nas ações a serem planejadas com maior segurança e efetividade;</li> <li>4. Rápida e precoce intervenção nos processos de trabalho inadequados ou morosos;</li> <li>5. Cumprimento das metas programadas.</li> </ol>
<b>0492</b>	Não preenchimento integral das vagas disponibilizadas para as Residências (Médica e em Área da Saúde)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permite o conhecimento da realidade local quanto à necessidade de oferta de determinadas vagas/especialidades de residência;</li> <li>2. Reduz as taxas de absenteísmo, evasão e desistência dos residentes;</li> <li>3. Direciona o custeio com as bolsas de residência com maior eficiência e qualidade;</li> <li>4. Possibilita a adequação dos programas de residência para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde com ênfase no Estado de Goiás.</li> </ol>
<b>0460</b>	Editais de Chamada Pública para docentes e discentes da SESG mal elaborados	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agilidade e eficiência na elaboração dos editais de chamada pública da SESG;</li> <li>2. Menor índice de retrabalho pelas áreas técnicas envolvidas;</li> <li>3. Redução dos pedidos de esclarecimentos e impugnações aos Editais;</li> <li>4. Ampliação da concorrência.</li> </ol>

<b>0685</b>	Morosidade e baixa segurança na distribuição de vagas para estágio obrigatório em virtude de ausência de sistema informatizado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agilidade e eficiência na elaboração e entrega dos resultados dos editais de chamada pública de vagas de estágio;</li> <li>2. Menor índice de retrabalho pelas áreas técnicas envolvidas;</li> <li>3. Redução dos pedidos de esclarecimentos e impugnações aos Editais;</li> <li>4. Redução dos erros com a distribuição de vagas;</li> <li>5. Maior segurança na distribuição de vagas por reduzir o viés manual;</li> <li>6. Ampliação da concorrência;</li> <li>7. Redução da ociosidade de vagas.</li> </ol>
<b>0686</b>	Não expansão das vagas dos Programas de Residência - Médica e em Área Profissional da Saúde	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliação do quantitativo de vagas para os programas de residência (treinamento e serviço);</li> <li>2. Aumento da qualidade dos Programas de Residência e, por conseguinte, da concorrência;</li> <li>3. Maior integração entre as equipes multiprofissionais;</li> <li>4. Melhora da infraestrutura física, tecnológica, de insumos e recursos humanos;</li> <li>5. Ampliação da satisfação dos residentes;</li> <li>6. Ampliação do índice de conclusão dos programas de residência pelos profissionais;</li> <li>7. Redução do custo com as bolsas pela SES-GO;</li> <li>8. Aumento do número de pesquisas e intervenções nos estabelecimentos de saúde do Estado de Goiás.</li> </ol>
<b>0346</b>	Previsão inadequada de docentes para os Projetos Pedagógicos de Cursos da SESG	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Possibilitar um ensino de qualidade e compatível ao objetivo e público-alvo dos cursos;</li> <li>2. Melhorar o custo-benefício dos projetos pedagógicos de curso;</li> <li>3. Permitir o investimento com eficiência em novos cursos, ampliando a oferta dos mesmos;</li> <li>4. Consolidar os novos processos de trabalho</li> </ol>
<b>0345</b>	Execução e controle inadequados dos trâmites processuais dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Possibilitar uma adequada instrução processual referentes aos Projetos Pedagógicos de Curso;</li> <li>2. Registrar adequadamente o histórico processual reduzindo questionamentos, dúvidas e tramitação excessiva;</li> <li>3. Conferir celeridade na execução dos PPCs.</li> </ol>
<b>0665</b>	Informações insuficientes para a solicitação de cursos a serem executados pela SESG	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Possibilitar uma adequada instrução processual referente aos Projetos Pedagógicos de Curso;</li> <li>2. Permitir a identificação da relevância do curso solicitado reduzindo questionamentos, dúvidas e tramitação excessiva;</li> <li>3. Conferir celeridade na solicitação e execução dos PPCs;</li> <li>4. Atender o PEEPS e o PAREPS de forma mais eficiente.</li> </ol>
<b>0664</b>	Elaboração inadequada dos Projetos Pedagógicos de Curso a serem executados pela SESG	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Possibilitar uma adequada instrução processual referente aos Projetos Pedagógicos de Curso;</li> <li>2. Melhorar a qualidade dos cursos executados pela SESG;</li> <li>3. Permitir a identificação da relevância do curso solicitado reduzindo questionamentos, dúvidas e tramitação excessiva;</li> <li>4. Conferir celeridade na execução dos PPCs;</li> <li>5. Contribuir para a melhor elaboração dos Editais de Seleção de docentes e discentes;</li> <li>6. Atender o PEEPS e o PAREPS de forma mais eficiente.</li> </ol>



<b>0666</b>	O descumprimento das regras para requerimento de apoio e certificação dos cursos de Agente de Combate às Endemias - ACE e Agente Comunitário de Saúde - ACS por parte dos Municípios	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Celeridade e segurança na instrução dos processos;</li> <li>2. Certificação ágil dos cursos pela SESG;</li> <li>3. Redução do retrabalho entre as equipes;</li> <li>4. Menor desgaste com gestores municipais;</li> <li>5. Privacidade e sigilo de informações e dados pessoais dos candidatos à ACS e ACE.</li> </ol>
<b>0349</b>	Morosidade na elaboração de Notas Técnicas de Revisão Rápida	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agilidade na construção das Notas Técnicas de Revisão Rápida;</li> <li>2. Maior acurácia e confiabilidade nas análises realizadas pela equipe técnica da SESG;</li> <li>3. Assegurar confiança nos pareceres técnicos produzidos;</li> <li>4. Maior quantidade de produção de NTRR pela ampliação das equipes;</li> <li>5. Subsidiar a alta gestão na incorporação de novos medicamentos;</li> <li>6. Reduzir as judicializações.</li> </ol>
<b>0348</b>	Pesquisa científica em unidades administrativas ou de saúde da Secretaria de Estado da Saúde sem autorização da mesma	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controle e acompanhamento técnico e científico das pesquisas que envolvem unidades administrativas e/ou de saúde da SES-GO;</li> <li>2. Segurança, publicidade e transparência às pesquisas científicas na SES-GO;</li> <li>3. Possibilidade de intervenção precoce para o saneamento de problemas técnicos, administrativos ou de outra ordem;</li> <li>4. Diagnóstico das dificuldades locais dos CEPs;</li> <li>5. Acompanhamento técnico e administrativo dos CEPs locais.</li> </ol>
<b>0677</b>	Ausência de formação ou formação deficitária e obsoleta dos conteudistas e tutores dos cursos em EaD da SESG;	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliação da quantidade de cursos oferecidos pela SESG;</li> <li>2. Aumento do quantitativo e da capacidade técnica dos profissionais com a qualificação para os cursos em EaD da SES-GO;</li> <li>3. Qualificação dos atores do SUS;</li> <li>4. Otimização do fluxo dos PPCs em EaD em razão da disponibilidade de docentes;</li> <li>5. Desburocratização do conhecimento com mais cursos ofertados;</li> <li>6. Melhora da eficiência e da qualidade dos cursos executados.</li> </ol>
<b>0678</b>	Baixa adesão dos gestores e equipe técnica na participação dos eventos e atividades da aplicabilidade do PPSUS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitação dos trabalhadores do SUS;</li> <li>2. Desenvolvimento das ações em saúde para o Estado de Goiás;</li> <li>3. Economicidade das ações em saúde para a SES-GO;</li> <li>4. Melhoria da efetividade e resolutividade nos processos de trabalho dos atores do SUS envolvidos com as pesquisas, direta ou indiretamente a partir da aplicação dos conhecimentos adquiridos;</li> <li>5. Ampliação do número de pesquisas direcionadas para a realidade do SUS;</li> <li>6. Ampliação das relações (networking) entre a SES-GO e as Instituições de Ensino;</li> <li>7. Maior efetividade na gestão e execução das ações e serviços para a saúde da população de Goiás.</li> </ol>

<b>0679</b>	Resultado final da diagramação sem qualidade estética e técnica/pedagógica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Composição da identidade visual</li> <li>2. Maior segurança nas publicações em razão da realização de, revisão final e diagramação dos cursos de EaD;</li> <li>3. Redução do número de erros de edição;</li> <li>4. Eficiência na execução dos trabalhos pelas equipes;</li> <li>5. Celeridade nas entregas;</li> <li>6. Maior satisfação dos cursistas.</li> </ol>
<b>0351</b>	Morosidade no preenchimento de diários e certificação dos discentes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Otimizar os processos de trabalho de gestão acadêmica da SESE;</li> <li>2. Possibilitar uma adequada instrução processual referentes aos Projetos Pedagógicos de Curso, bem como a correta solicitação e preenchimento dos diários acadêmicos via SEI;</li> <li>3. Possibilitar o registro de notas e frequências de maneira correta e fidedigna, e conseqüentemente, a certificação dos discentes.</li> </ol>
<b>0352</b>	Indisponibilidade e de recursos físicos e equipamentos em razão da estrutura física inadequada da SESE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redução de custos com reparos constantes e ineficazes;</li> <li>2. Possibilidade de manter os espaços administrativos e de ensino da SESE adequados e disponíveis para os públicos internos e externos;</li> <li>3. Aumento da capacidade de formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de trabalhadores do SUS;</li> <li>4. Melhora da comunicação em saúde em Goiás;</li> <li>5. Diminuição de custos em relação à formação presencial;</li> <li>6. Redução das desigualdades de acesso à informação nas diferentes regiões do Estado de Goiás.</li> </ol>
<b>0654</b>	Ineficiência na obtenção e manutenção do histórico funcional dos servidores da SESE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Otimizar os processos de trabalho da coordenação de gestão do trabalho da SESE</li> <li>2. Assegurar maior segurança às informações fornecidas;</li> <li>3. Promover agilidade nas entregas;</li> <li>4. Possibilitar um banco de dados fidedigno dos servidores;</li> <li>5. Melhorar o clima organizacional.</li> </ol>
<b>0660</b>	Falta de capacitação e atualização dos servidores quanto ao uso de novas tecnologias e organização dos processos de trabalho.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover o aperfeiçoamento dos servidores;</li> <li>2. Aumentar a produtividade e a eficiência das equipes;</li> <li>3. Estimular a proatividade e empoderamento nos servidores;</li> <li>4. Melhorar o clima organizacional;</li> <li>5. Reduzir o tempo de entrega dos resultados;</li> <li>6. Possibilitar a distribuição adequada das atribuições entre os membros da equipe;</li> <li>7. Minimizar a sobrecarga de trabalho para a equipe de tecnologia da informação e na Gerência;</li> <li>8. Reduzir o número de horas extras de trabalho para a entrega de resultados.</li> </ol>
<b>0661</b>	Morosidade na obtenção de cálculos, no monitoramento e arquivamento dos dados referentes aos pagamentos de horas-aula dos docentes que executam cursos pela SESE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Otimizar os processos de trabalho referentes aos pagamentos dos docentes que executam cursos na SESE;</li> <li>2. Promover agilidade nos processos de pagamento dos docentes dos cursos da SESE;</li> <li>3. Assegurar segurança, transparência e publicidade nas informações financeiras da SESE;</li> <li>4. Facilitar o repasse de informações financeiras aos órgão de controle.</li> </ol>
<b>0815</b>	Perda de prazo às respostas das demandas externas do	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Possibilidade de organizar o fluxo das informações;</li> <li>2. Quantificar os resultados percebidos no trabalho rotineiro.</li> </ol>

	Ministério Público e Órgãos de Controle	
<b>0353</b>	Perda de prazo às respostas das demandas externas da Ouvidoria SES	1. Possibilidade de organizar o fluxo das informações; 2. Quantificar os resultados percebidos no trabalho rotineiro.
<b>0358</b>	Perdas de prazos processuais	1. Possibilidade de estabelecer uma rotina no acompanhamento dos processos; 2. Integração com outras áreas da SES.
<b>0227</b>	Recebimento Ineficiente de imunobiológicos na Central Estadual de Rede de Frio	Melhoria no processo de trabalho; Aquisição de equipamento para monitoramento da temperatura dos imunobiológicos recebidos, permitindo uma conferência com qualidade e segurança;
<b>0235</b>	Armazenamento ineficiente de imunobiológicos na Central Estadual de Rede de Frio	Melhoria no processo de trabalho; Aquisição de equipamentos (ultra freezer), o que permitiu o armazenamento de doses em temperaturas preconizadas pelo Ministério da Saúde (-60°C a -90°C);
<b>0239</b>	Distribuição ineficiente	Melhoria no processo de trabalho, com a implantação da conferência dos imunobiológicos antes da distribuição por meio dupla checagem, e execução de checklist para garantir a segurança do processo;
<b>0222</b>	Capacitação de Baixo impacto	A avaliação das capacitações propiciou a melhoria do processo executado pela equipe
<b>0223</b>	Baixa cobertura vacinal dos grupos elegíveis	Melhoria no processo de trabalho de monitoramento; Disponibilização de mais uma ferramenta de monitoramento, por meio do painel Estadual de Vacinação contra a Covid -19, permitindo avaliação da cobertura vacinal por tipo de dose, população geral, população elegível, raça, doses em atraso e outros; Aquisição de veículo(Van da vacina) para apoiar os municípios no processo de vacinação possibilitando a melhoria das coberturas vacinais.
<b>0243</b>	Descumprimento dos critérios técnicos por interferência externa	Não houve prejuízo na imagem do Governo; Não houve aumento do número de óbitos devido o descumprimento dos critérios de prioridades ocorridos.
<b>0361</b>	Casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) não encerrados em até 60 dias após notificação	1-Nenhum município foi indicado para suspensão do repasse de recurso financeiro, quanto a alimentação adequada do sistema SINAN. 2-Apenas 19 municípios (7,7%) do total de 246 municípios em Goiás não alcançaram meta. ANO 2021.

<b>0372</b>	Emergências em Saúde Pública (ESPs) não detectadas e respondidas oportunamente.	Com a pandemia de Coronavírus todos municípios estão em monitoramento. Vários profissionais foram atualizados quanto à importância e os procedimentos para vigilância das ESPs, No 3º Quadrimestre foram 337 profissionais qualificados, conforme planilha anexa. No primeiro Quadrimestre/2022, como a maioria dos surtos foi referente a Síndrome de Mão-pé-boca, foram realizados treinamento em 04 e 05.04.22 com profissionais das Regionais de Saúde e Municípios abordando o tema, quando houve a participação 12 Regionais de Saúde, com 46 municípios e total de 103 participantes. Foi realizada formação de multiplicadores da estratégia de Rastreamento e Monitoramento de Contatos de COVID-19 com CIEVS Goiânia e Aparecida de Goiânia e Regionais de Saúde Central e Centro Sul em 01 e 04.02.2022, além de Treinamento para apresentação do CIEVS e do SINAN e TABWIN para profissionais do CIEVS Goiás. Os dados das qualificações de profissionais realizadas constam na Planilha anexa na linha da ação. Quanto à nova ação de controle, foi discutido e revisto o Projeto para ampliação da capacidade de resposta às ESP em GO, conforme Plano de Ação anexo, que conseguimos avançar, já tendo apresentado o Projeto na SUVISA, em reunião com Regionais de Saúde (participaram 11) e à Assessora da Subsecretária de Saúde em 13.05.2022.
<b>0363</b>	Erros no processo de emissão do Alvará Sanitário	Revisão dos POP'S (Procedimento Operacional Padrão) e revisão do Mapeamento do processo de Alvará Sanitário.
<b>0364</b>	Não atendimento das demandas de alto risco da Ouvidoria dentro do prazo	1. Elaboração e Aprovação do Plano de Trabalho para classificação das denúncias com base no risco; 2. Treinamento da equipe da Coordenação de Sistema de Registro e Comunicação – CSRC; 2. Evidência no processo Sei! nº202100010007632; 3. Elaboração e Aprovação do Procedimento Operacional Padrão: POP-GVSPSS-003-Gestão de Denúncias, rev.0; 4. Treinamento dos servidores da GVSPSS; Evidência no processo Sei!202100010007064.
<b>0366</b>	Subnotificação de Acidentes Relacionados ao Trabalho	1. Equipe da Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador mobilizada na análise de dados e identificação do risco; 2. Mobilização dos CEREST's Regionais para qualificação das investigações e notificações;
<b>0368</b>	Avaliação insatisfatória das coberturas vacinais do Calendário Nacional de Vacinação das crianças menores de 2 anos de idade.	Melhoria no processo de trabalho de monitoramento por meio do Relatório gerencial de vacinação disponível a partir da versão 4.3 no e-SUS AB possibilitando comparar relatórios do e-SUS AB com o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI).
<b>0585</b>	Emissão de parecer técnico relacionado a Evento Adverso pós vacina em tempo oportuno	- Uniformização de condutas - Equipe envolvida na busca de melhoria no processo
<b>0589</b>	Emissão de parecer técnico incorreto	- Melhoria no processo de trabalho - Uniformização das condutas

0593	Violação de Sigilo de dados	- Melhoria no processo de trabalho, possibilitando garantir a confidencialidade das informações;
0596	Capacitação de baixo impacto	- A avaliação das capacitações propiciou a melhoria do processo executado pela equipe.
0595	Distribuição ineficiente de Imunobiológicos Especiais	Melhoria no processo de trabalho, possibilitando a utilização dos imunobiológicos especiais em tempo oportuno.
0501	Digitação das Declarações de Óbitos em tempo inoportuno.	<p><u>A falta de digitação das declarações de óbito no volume esperado e no prazo estipulado resulta na indicação de bloqueio de recursos financeiros para os municípios ou até mesmo para o Estado. Em 2018, 6 municípios goianos foram indicados para bloqueio de recursos financeiros no valor total de R\$ 20.125.929,91. Em 2019 esse número subiu para 10 municípios, num valor total de R\$ 22.069.780,55.</u></p> <p><u>Em 2020, devido a pandemia, nenhum município goiano foi indicado para bloqueio de repasse de recursos.</u></p> <p><u>Em 2021, com a pandemia, o número de óbitos ocorridos foi bem superior ao estimado e com isso nenhum município goiano recebeu indicação para bloqueio de recursos financeiro.</u></p> <p><u>No corrente ano de 2022, apenas 1 município foi indicado para bloqueio no valor de R\$ 197.191,17.</u></p> <p><u>Essas indicações de bloqueio de recursos financeiros não se confirmaram devido ao trabalho de busca ativa realizado em conjunto pelas equipes estadual e municipais, que regularizam os registros no sistema em tempo hábil.</u></p> <p><u>Trata-se de economia gerada diretamente para os municípios e indiretamente para o Estado de Goiás já que as ações que não fossem realizadas pela falta desses recursos deveriam ser realizadas pelo Estado.</u></p> <p><u>Fonte dos valores: Fundo Nacional de Saúde disponível no site <a href="https://portalfns.saude.gov.br/consultas">https://portalfns.saude.gov.br/consultas</a>.</u></p>
0502	Não realização de inquérito de fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis em Goiás.	O inquérito fracassou anteriormente por falta de empresas especializadas para sua realização. Após o monitoramento diário do processo do inquérito e diversas reuniões com os envolvidos, ocorreu a reabertura do Pregão Eletrônico tendo como vencedora do certame uma empresa especializada. A coleta de dados foi finalizada em abril de 2022 e atualmente o inquérito está em processo de tratamento dos dados coletados para posterior análise e divulgação, reduzindo consideravelmente o risco.
0719	Não realização da estimativa anual de novos casos de câncer em Goiás para inclusão no Painel de Oncologia.	O conhecimento e o acesso às informações sobre os novos casos e a estimativa de incidência do câncer são subsídios fundamentais para o planejamento das ações de prevenção e controle da doença em Goiás. No final de 2021, a SES-GO inovou a divulgação das informações sobre câncer com a publicação do Painel de Oncologia de Goiás com dados sobre mortalidade por câncer consolidados numa única plataforma. No mesmo sentido, a realização das estimativas de novos casos de câncer no Estado e a inclusão dessas informações no Painel, serão de suma importância para subsidiar os gestores na tomada de decisões e possibilitar a diminuição da incidência de câncer em Goiás.

<b>0386</b>	Perdas de prazos processuais	Maior comprometimento, celeridade no andamento do processo tornando eficiente a rotina de trabalho.
<b>0373</b>	Solicitação de repasse inadequado da contrapartida estadual do SAMU 192 aos municípios	Repasse adequado do custeio da contrapartida estadual do SAMU 192 aos municípios até a perante data.
<b>0674</b>	Deixar de realizar controle do motivos de glosas de AIH;	1. Identificar se o motivos das glosas por unidades públicas, estão relacionadas a falta de habilitação. 2- Primeira oficina do painel ÓRION (funcionalidade e operacionalização do programa); Permanece no 1Q22
<b>0627</b>	Monitoramento insuficiente dos municípios prioritários que recebem incentivo financeiro proveniente do Ministério da Saúde por meio da Resolução CIB nº 078/2014. Revisão em 05/05/2022 - Foi pactuada nova Resolução na CIB de 20/04/2022 alterando de 30 para 35 municípios prioritários.	Diagnóstico das ações que os municípios estão executando em prevenção e acompanhamento das IST
<b>0390</b>	Dados inconsistentes no sistema de informação da APS	Melhoria dos indicadores do 3º quadrimestre de 113 municípios; Relacionado aos indicadores de planejamento estratégico 1) Percentual de diabéticos e hipertensos acompanhados na Atenção Primária; 2)Taxa de internações por causas sensíveis/ n ° de leitos; 3)Percentual de atendimentos de enfermeiro/atendimentos médicos.
<b>0391</b>	Atraso na resposta de Emenda Parlamentar	Redução do tempo na elaboração dos pareceres técnicos.Permanece no 1Q22
<b>0375</b>	Atraso na elaboração do Anexo I dos Contratos	Houve melhoria dos processos diante da construção do protocolo de elaboração do ANEXO I, otimizando o tempo de emissão do documento.
<b>0377</b>	Centralização dos serviços de saúde da atenção hospitalar	Regionalização dos serviços de média e alta complexidade Melhoria dos processos (Parecer Técnico com a análise situacional da Região) Diminuição no tempo de deslocamento dos pacientes. Atendimento especializado próximo e/ou no município de origem do paciente
<b>0380</b>	Distribuição ineficiente dos medicamentos para enfrentamento de endemias	Paciente atendido em tempo oportuno para melhor desfecho clínico. Facilidade no controle de requisições atendidas e de interlocução com as áreas envolvidas na análise das mesmas. Este resultado permanece no 1Q22.
<b>0382</b>	Centralização dos medicamentos do Componente Especializado	Facilidade de acesso aos medicamentos do Componente Especializado para a população do Estado. Este resultado permanece no 1Q22
<b>0807</b>	Ausência de sanções nos contratos	Não se aplica

	de gestão por descumprimento contratual por parte das OSS.	
<b>0546</b>	Atraso ou não atendimento das unidades correlatas (Gerências) à SUPER em relação as demandas requisitadas pelos órgãos de controle e outros, dentro dos prazos estabelecidos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Redução da quantidade de processos respondidos fora do prazo estabelecido.</li> <li>2) Ausência de sanções dos órgãos de controle.</li> <li>3) Melhor utilização do programa SEI.</li> </ol>
<b>0416</b>	Má gestão do Processos de Contratação ou aditivção dos Contrato junto as OSS, por ausência de procedimento padrão no processo de contratação.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Agilidade na efetivação dos contratos e aditivos.</li> <li>2) Integralidade das demais áreas correlatas.</li> <li>3) Criação de POPs por área</li> </ol>
<b>0059</b>	Levantamento inadequado da estimativa de custeio para chamamento das Organizações Sociais e formulação de aditivos aos Contratos de Gestão. (rev. 20/05/2022)	<p>A efetividade dos controles alternou de mediana pra satisfatória.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhora no percentual de precificações exatas.</li> <li>- Maior efetividade dos contratos de gestão das unidades hospitalares.</li> <li>- Melhor atendimento na assistência.</li> </ul>
<b>0058</b>	Rateios incorretos dos custos compartilhados área entidades sem a Organizações Sociais,	- Aprimorou-se o conhecimento da equipe para estruturar uma solução para padronização para os custos compartilhados (rateio) das Organizações Sociais;
<b>0060</b>	Baixa efetividade da fiscalização e acompanhamento dos contratos de gestão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os sistemas informatizados para a fiscalização foram aprimorados</li> <li>- A gerência atuou no mapeamento da seleção e contratação de OSS e conseqüente criação de um E-Manual.</li> <li>- Os recursos investidos nos Hospitais vêm obtendo maior proveito.</li> </ul>
<b>0062</b>	Análise limitada dos dados financeiros e contábeis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os sistemas informatizados para a fiscalização foram aprimorados</li> <li>- A capacidade de análise de documentos financeiros pela GAOS aumentou.</li> <li>- O acompanhamento dos gastos das oss vem sendo aprimorado no 1Q22</li> </ul>

<b>0064</b>	Contratações impróprias realizadas pelas Organizações Sociais.	<p>- Os sistemas informatizados para a fiscalização foram aprimorados</p> <p>- A capacidade de análise de Contratações impróprias realizadas pelas Organizações Sociais, pela GAOS aumentou.</p> <p>- A GAOS passou a produzir maior percentual de relatórios sobre contratações de OSS</p> <p>- Os gastos dos Hospitais Públicos passaram a ser mais eficientes.</p>
<b>0277</b>	Preenchimento inadequado da Carta de Serviço	Atualização contínua e cadastro correto das informações no Expresso em 100% dos serviços.
<b>0374</b>	Atraso na entrega e incipiência na qualidade dos dados dos principais instrumentos de gestão exigidos por Lei . Ex:(PES, PAS, PE etc.);	A entrega em tempo hábil dos instrumentos de gestão subsidia o gestor na tomada de decisões e no monitoramento, permitindo o redirecionamento e/ou reformulação das metas propostas.
<b>0378</b>	Não adequar os instrumentos de gestão do SUS aos objetivos e estratégias estabelecidos nas legislações específicas;	A automação do preenchimento desses instrumentos busca a melhoria do monitoramento, gerando relatórios periódicos da situação do alcance das metas e objetivos da SES-GO, conseqüentemente, o cumprimento da legislação pertinente aos instrumentos de gestão do SUS e visibilidade ao controle social.
<b>0426</b>	Não entregar as unidades de saúde dentro do prazo estabelecido;	Maior previsibilidade das entregas, permitindo ações proativas nas repactuações e alterações de escopo dos projetos.
<b>0606</b>	Má prestação de contas por parte das Organizações da Sociedade Civil (OSCs)	Desde a identificação do risco, foi possível um maior contato com a OSC, a fim de dirimir questionamentos quanto as prestações de contas que estavam sendo enviadas. Houve a solicitação para que a OSC enviasse as prestações abordando determinadas linhas de serviço, facilitando o trabalho de fiscalização.
<b>0608</b>	Atraso ou não atendimento das demandas da Gerência de Avaliação das Unidades Próprias e Conveniadas.	Verificou-se que o Plano de Ação anterior não seria possível de ser executado, tendo em vista que a imposição de sanções às unidades conveniadas é um processo que exigiria uma alteração de toda a sistemática da SES, o que demandaria discussões por meio de Grupos de Trabalhos e não apenas de uma ação determinante desta gerência. Contudo, foi desenvolvido um novo Plano de Ação que vem propiciado melhoras no atendimento das demandas da GAUPC, o que vêm diminuindo o nível do risco identificado.
<b>0723</b>	Controle deficitário da relação atualizada das prestações de contas dos convênios já realizadas/ainda por realizar.	A ser verificado - Risco mapeado em 05/22.
<b>0393</b>	Cumprimento dos Prazos dos processos SEI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redução do tempo de execução dos trabalhos;</li> <li>2. Cumprimento dos prazos processuais.</li> </ol>



<b>0392</b>	Acompanhamento dos processos prioritários e estratégicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redução do tempo de execução dos trabalhos técnicos;</li> <li>2. Melhor distribuição de tarefas entre os membros da equipe;</li> <li>3. Finalização tempestiva dos produtos técnicos da Superintendência</li> </ol>
<b>0706</b>	Atraso quanto ao acesso de informação dos óbitos dos radioacidentados – CARA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maior celeridade no levantamento das informações de óbito dos radioacidentados.</li> <li>2. Cadastro atualizado para pagamento de pensão aos radioacidentados</li> </ol>
<b>0394</b>	Ausência de leitos em saúde mental nos hospitais estadualizados	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede de Atenção às Urgências;</li> <li>2. Redução no tempo de espera no atendimento e garantir o cuidado no território por meio da regionalização.</li> </ol>
<b>0410</b>	Dificuldade na implantação da política de saúde mental garantindo a qualidade do cuidado	Incluir garantia padronizada e efetividade dos atendimentos no modelo psicossocial
<b>0402</b>	Entraves na promoção das diretrizes das políticas de saúde referentes às populações específicas	Ampliação do acesso, qualificação das políticas públicas relacionadas às populações específicas
<b>0396</b>	Risco de não conformidade nos atendimentos da Sala Lilás	Qualificar a rede de atenção à violência no sentido de tratamento humanizado e equânime
<b>0398</b>	Risco de descontinuidade dos contratos existentes (infraestrutura de TI, desenvolvimento, sustentação de sistemas e Big Data)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coleção de documentos orientativos e normativos sobre a Gestão de Contratos</li> <li>- Não houve perda de prazo de nenhum contrato vigente</li> <li>- Melhoria no processo de renovação do contrato de serviço de outsourcing de impressão, incrementando as seguintes etapas: participação na Ata de Registro de Preço (ARP) da SEAD (Processo SEI nº 202100005007972) e adesão à ARP do TJ-GO (Processo SEI nº 202000010042784)</li> <li>- Reconhecimento da necessidade de mais um contrato referente à solução tecnológica para Armazenamento e Tratamento de Laudos e Exames Médicos, realizados pelas Unidades Hospitalares (Processo SEI nº 202100010018462)</li> </ul>

0401	Risco de incapacidade técnica em TI das Regionais de Saúde na representatividade da SES nas Regiões de Saúde (Atualizado em 19/05/2022)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apropriação das competências técnicas pertinentes às Coordenações Regionais de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade (CRTIS) (Processo SEI n° 202000010002927)</li> <li>- Melhoria da comunicação entre as CRTIS e a SUTIS, pelo estabelecimento de fluxo para orientação e padronização de procedimentos técnicos por e-mail institucional, chat institucional, ramal e reuniões online periódicas</li> <li>- Aumento da abrangência de atuação técnica das CRTIS no suporte técnico interno na Unidade Regional e no apoio técnico às Secretarias Municipais de Saúde</li> <li>- Apropriação das informações de suporte técnico aos sistemas de informação do SUS</li> <li>- Melhoria da atuação técnica das CRTIS e reconhecimento de demandas reprimidas</li> <li>- Redução da sobrecarga de serviços de suporte técnico do nível central, prestados pela Gerência de Tecnologia/SUTIS às Regionais de Saúde, devido à apropriação das competências técnicas pelas CRTIS</li> <li>- Modernização do parque de computadores das Regionais para melhoria da eficiência tecnológica operacional dos sistemas e aplicativos (Processos SEI n° 202000010027386, 202000010038346, 202100010013151, 202200010014154, 202200010021181 e outros)</li> </ul>
0705	Risco de acesso indevido à informações sensíveis de pacientes por usuários do sistema terceirizado de Gestão Hospitalar do Estado de Goiás (sistema MV)	Espera-se 1/3 dos usuários ativos corrigidos
0404	Risco da Segurança da Informação - Acesso indevidos a sistemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementamos o aviso do SIADI, que toda vez que um servidor é desligado, recebemos um e-mail para cancelar o seu acesso a rede.</li> <li>- As trocas de senhas de acesso a rede são forçadas a cada 3 meses. Com isso reduzimos a possibilidade de pessoas que já não fazem mais parte do quadro de servidores da SES-GO, acessarem a rede indevidamente.</li> </ul>
0405	Risco de Segurança da Informação - Invasão da rede corporativa da SES-GO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferimos a maioria dos sistemas de produção para o Data Center do Estado - SEDI/STI. Com isso reduzimos o risco de ataques, pois eles possuem ferramentas que podem minimizar as tentativas de invasão. Aumentando a disponibilidade dos serviços, diminuindo as falhas.</li> <li>- Implantamos regras de firewall, que permitem liberações pontuais, principalmente canais do Youtube, para treinamentos e seminários. Com isso restringimos o acesso desse aplicativo, mantendo apenas os videos corporativos liberados para todos. Implementamos a anonimização dos dados nos bancos de dados de teste e treinamento, reduzindo os problemas caso haja algum vazamento de dados, já que os dados não são reais;</li> </ul>

<b>0406</b>	Indisponibilidade e de acesso aos painéis dos projetos em produção	Desde que migramos as bases de dados para a SEDI não houve mais Indisponibilidade de acesso aos painéis dos projetos em produção. Antes da implantação do controle, o risco acontecia com muita frequência, em média 1 vez por semana, ocorria queda de energia na SES, que inclusive é a causa raiz do risco. Com a implantação do controle, a queda de energia não interfere mais na indisponibilidade dos painéis. A cada queda de energia que ocorria, um desenvolvedor gastava em média 30 minutos do seu horário de trabalho para fazer a checagem de todos os painéis.
<b>0464</b>	Disponibilizar um projeto em produção sem o devido processo de homologação	Implantamos um fluxo de processo de homologação via SEI, onde a área de negócio valida, homologa e assina o documento antes do projeto ir para produção, o que reduziu o risco de um projeto entrar em produção indevidamente.
<b>0712</b>	Entregar um produto em não conformidade com o solicitado	Implantamos um mapeamento de processo de Construção de Painel buscando garantir as etapas a serem cumpridas ao longo de toda a atividade de desenvolvimento

#### 4. ECONOMIA GERADA

Abaixo dados extraídos do smartsheet acerca da economia gerada em decorrência do gerenciamento do risco.

ID	Risco / Controle	Economia Gerada (R\$)
<b>0292</b>	Atraso no atendimento do deadline (prazo de entrega) de demandas da imprensa	R\$934.633,71
<b>0309</b>	Prescrição dos processos correccionais - Revisão em 05/05/2022	1-2021:R\$ 60.000,00 para cada TAC celebrado, segundo a CGE; 6XR\$60.000,00= R\$ 360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais). 2-2022: R\$ 60.000,00 para cada TAC celebrado, segundo a CGE; 2x R\$60.000,00 = R\$120.000,00 (cento e vinte mil reais).
<b>0311</b>	Dificuldade na gestão dos processos agravada em razão de pandemia - Corona vírus/ Revisão em 05/05/2022	1- PAR/2021: arrecadou ao erário o valor aproximado de R\$ 294.440,78; 2- PAR/2022: arrecadou ao erário o valor aproximado de R\$ 3.239,80 (05/2022)

<b>0021</b>	Pagamentos indevidos de salários/gratificações/adicionais	1° quadrimestre/22: 186.443,17  2° quadrimestre/21: 169770,63  3° quadrimestre/21: 115.765,93
<b>0038</b>	Quantitativos equivocados (Adquirir algo não necessário, ou a mais, ou a menos do que o necessário) - Ofício Circular nº 10/2021 (Processo nº 202111867000562)  (Rev. 25/05/2021)	7280052,58
<b>0202</b>	Precificação desvantajosa (Rev. 25/05/2021) - Ofício Circular nº 10/2021 (Processo nº 202111867000562)	718826,68
<b>0501</b>	Digitação das Declarações de Óbitos em tempo inoportuno.	R\$197.191,17
<b>0373</b>	Solicitação de repasse inadequado da contrapartida estadual do SAMU 192 aos municípios	0 Permanece no 1Q22
<b>0406</b>	Indisponibilidade de acesso aos painéis dos projetos em produção	425,5

## 5. INDICADORES, METAS E APURAÇÃO

O indicador se refere à fórmula para o cálculo do indicador de resultado e/ou monitoramento de desempenho do risco, em termos de eficiência, eficácia e/ou efetividade.

Risco / Controle		Indicadores	Meta	Apuração
<b>D</b>				
<b>281</b>	Ausência de Regionalização da Saúde	(Número de Unidades Entregues/9) 100	Maior que 80% (atualizado no 1q22)	Médio
<b>286</b>	Colapso do Sistema de Saúde	(Número de Leitos de UTI COVID Ocupados/ Total de Leitos) X 100	Menor que 80%	60%
<b>290</b>	Emissão reiterada de determinadas diligências/orientações com vistas a adequação dos procedimentos a correta interpretação/subsunção a norma.	Quantidade de procedimentos com solicitação de determinadas diligências/orientações/total de procedimentos analisados	Menor que 10%	0%
<b>291</b>	Utilização de Instrumentos convocatórios em desacordo com a legislação nos procedimentos licitatórios.	Quantidade de pareceres prévios com solicitação de adequações nos instrumentos convocatórios/total pareceres prévios	Menor que 10%	0%

292	Atraso no atendimento do deadline (prazo de entrega) de demandas da imprensa	I = (número de demandas não atendidas/ número de demandas recebidas) x 100/	Menor que 15%	13,1
293	Não atendimento em tempo oportuno das demandas sobre transparência	I = (número de demandas não atendidas/ número de demandas recebidas) x 100/	Tender a zero	A apurar.
711	Não divulgação do Programa de Compliance Público	I = (Número de Divulgações adequadas realizadas/ Total de Divulgações Previstas) x 100	Maior que 90%	Monitoramento não realizado, tendo em vista que risco foi mapeado em 03/05/2022.
294	Não planejar, coordenar e estabelecer, no âmbito organizacional, ações para o cumprimento das atribuições institucionais.	(ações para o cumprimento das atribuições institucionais / atribuições institucionais) x 100	90%	95%

<b>295</b>	Não prestar assessoria no acompanhamento e na tramitação de projetos de leis e processos de interesse do SUS	(quantidade de projetos de lei em curso / quantidade de projetos de lei em acompanhamento) x 100	Maior que 60%	60%
<b>296</b>	Não assessoramento do Secretário de Estado de Saúde nos processos de gestão da pasta	Número de processos de trabalho com intervenção técnica/Número total x 100	maior que 40%	50%
<b>297</b>	Não cumprimento de cronograma na fase de implantação de unidade de saúde	Número de Implantações acompanhadas/ Número de Novas Unidades X100	maior que 90%	90%
<b>298</b>	Não cumprimento dos prazos legais da Ouvidoria	Manifestações respondidas dentro do prazo x100/Total de manifestações Respondidas no Quadrimestre	95%	89,24%
<b>299</b>	Funcionamento ineficiente das Ouvidorias Descentralizadas das Unidades de Saúde Estadual	Total de atendimentos (soma das manifestações registradas no OuvidorSUS, por canal + disseminação de Informações)	80% dos atendimentos inseridos no Sistema Ouvidor SUS	Indicador em avaliação.
<b>717</b>	Ausência de uniformização e controle dos Processos de trabalho da Ouvidoria	Número de processos padronizados por quadrimestre	2	Monitoramento não realizado neste quadrimestre, tendo em vista que o risco foi mapead

				o no início do 2º Quadrimestre de 2022, a partir de 06/05/2022.
<b>300</b>	Relatório Conclusivo de Auditoria não responde aos quesitos	$I = \frac{\text{Demanda Não Atendida/Tot al de Demandas}}{100}$	<10%	0%
<b>301</b>	Atraso na Conclusão da Auditoria	$I = \frac{\text{(Auditorias concluídas fora do prazo/Auditorias concluídas)}}{100}$	<20%	13%
<b>306</b>	Não efetividade na Implantação do Programa de Compliance Público (não atingimento das metas referentes ao avanço do PCP) - Revisão em 26/05/2022	Pontos obtidos pela pasta sobre pontos total do ranking * 100	70%	89,5% - Índice do último Ranking.
<b>307</b>	Inefetividade da Gestão de Riscos na pasta - Revisão em 26/05/2022	Áreas do organograma da pasta com Gestão de Riscos efetivamente implantadas sobre total de áreas da SES * 100	85%	100% - áreas do organograma
<b>676</b>	Ausência de fluxo de comunicação de riscos - Revisão em 26/05/2022	número de relatórios de comunicação de riscos emitidos por quadrimestre	1	1
<b>309</b>	Prescrição dos processos correccionais - Revisão em 05/05/2022	Quantidade de processos prescritos /Total de processos correccionais x 100.	95%	90%
<b>311</b>	Dificuldade na gestão dos processos agravada em razão de pandemia - Corona vírus/ Revisão em 05/05/2022	Número de solicitações de recursos físicos e equipamentos não atendidas /	menor que 5%	5%



		Número total de solicitações de recursos e equipamento sx100		
<b>737</b>	Diminuição de servidores efetivos nas Comissões, com formação em Direito ou Contabilidade	nº total de processos/nº total de servidores = 10 processos por servidor	90%	34 processos por servidor = 70%
<b>413</b>	Ausência de acompanhamento dos processos prioritários e estratégicos	(Processos estratégicos acompanhados / processos estratégicos acompanhados + processos não estratégicos acompanhados) X 100	maior que 50%	60%
<b>414</b>	Perda de prazo de resposta em processos com demandas do Tribunal de Contas do Estado de Goiás Rev. 19/05/2022	(Nº de processos com perda de prazo / nº de processos ) x 100	<10%	12,50%
<b>740</b>	Perda de prazos de resposta em processos com demandas da Ouvidoria.	(Nº de processos com perda de prazo / nº de processos ) x 100	<10%	19,35%

016	Pagamento efetuado com recurso inadequado (verbas federais). Rev. 17/05/21	1 - Total de evidências (0) será utilizado como parâmetro para medir o próximo quadrimestre	Manter a ocorrência de pagamentos inadeguados em 0%	Qtd. pgtos Inconsistentes/Qt d. pgtos. federais Efetuados = % de inconsistências nos pgtos - 1QDM/2022 - 29/1110 = 2,61%
-----	--	---	---	--

017	Atrasos de pagamentos a fornecedores, contratadas, organizações sociais, faturas, boletos e impostos. Rev 17/05/21	Será realizado um acompanhamento do total de ordens de pagamento realizadas fora dos prazos contratuais (30 dias). O percentual do primeiro quadrimestre foi obtido dividindo a quantidade de ops em atraso pela quantidade total de ops realizadas. As referências utilizadas serão as datas de atesto e de pagamento.	Reduzir para 1,0% o percentual de pagamentos realizados fora do prazo de 30 dias	Qtd. pgtos em atraso/Qt d. pgtos. Efetuados = % pgtos em atraso - 1QDM/2022 - 88/4129 = 2,1%
726	Ausência de prestação de contas dos recursos dos Fundos Rotativos da SES pelos gestores	A intenção do monitoramento é reduzir A MENOS DE 1% a incidência de ausência de prestação de contas nos fundos rotativos da SES. O total de prestações de contas a serem apresentadas por quadrimestre é de 22.	< ou = a 1% o índice de ausência de prestação de contas	Qtd. prestações não apresentadas/Qt d. prestações a serem apresentadas = % ausência de prestações de contas - 1QDM/2022 - 17/22 = 77%

020	Não recebimento de salários / diferenças salariais / gratificações / adicionais	Total de processos instruídos no quadrimestre acrescido aos remanescentes sobre total de processo recebidos pelo setor de diferença * 100	60%	63%
021	Pagamentos indevidos de salários/gratificações/adicionais	restituição ao erário do quadrimestre sobre restituição ao erário do quadrimestre anterior*100	< 100%.	136,46%

024	Falta de concessão de direitos e benefícios	Total de processos instruídos no quadrimestre pelo total de processo recebidos pelo setor de concessão de benefícios acrescido aos remanescentes * 100	50%	38%
-----	---	--	-----	-----

029	Servidor receber salário sem a devida prestação de serviço	a solicitação de instauração de processos de abandono sobre a solicitação de instauração de processos de abandono do quadrimestre anterior*100.	< 100%.	0%
032	Destruição de documentos de servidores; Colapso no armazenamento.	Não é possível criar identificador.	Não é possível criar identificador.	Não é possível criar identificador.

040	Atrasos na conclusão de Aquisições e Contratações. (Rev. 19/05/2021)	"Titulo: Taxa de processos de aquisição em trâmite no quadrimestre com prazo superior a 6 meses entre o Termo de Referência e a homologação do certame. Tra= $\frac{qra}{qtx} \times 100$ Tra= Taxa de processos aquisitivos em tramitação no quadrimestre com prazo superior a 6 meses entre o Termo de Referência e a homologação do certame. qra= Quantidade de processos aquisitivos em tramitação no quadrimestre com prazo superior a 6 meses entre o Termo de Referência e a homologação do certame. qt= quantidade total de processos de contratação no período."	2Q22 reduzir para 20% ou menos. 3Q22 reduzir para 16% ou menos.	24,39%
-----	--	--	--	--------

038	<p>Quantitativos equivocados (Adquirir algo não necessário, ou a mais, ou a menos do que o necessário) - Ofício Circular nº 10/2021 (Processo nº 202111867000562)</p> <p>(Rev. 25/05/2021)</p>	<p>Titulo: Taxa de retorno do processo de compras às áreas requisitantes (Quantificação)</p> <p><math>Trq = \frac{qrq}{qtx} \times 100</math></p> <p>Trq= Taxa de retorno às áreas requisitantes dos processos de compras e contratação pela Gerência de Compras por falhas na quantificação do objeto.</p> <p>qrq= quantidade de retorno às áreas requisitantes dos processos de compras e contratação devido à falhas na quantificação do objeto.</p> <p>qt= quantidade total de processos de contratação no período.</p>	Manter abaixo de 5%	0%
202	<p>Precificação desvantajosa (Rev. 25/05/2021) - Ofício Circular nº 10/2021 (Processo nº 202111867000562)</p>	<p>Titulo: Taxa de retorno do processo de compras às áreas requisitantes (Precificação)</p> <p><math>Trp = \frac{qrp}{qtx} \times 100</math></p> <p>Trp= Taxa de retorno às áreas requisitantes dos processos de</p>	Manter abaixo de 5%	0%



		<p>compras e contratação pela Gerência de Compras por falhas na precificação do objeto. qrp= quantidade de retorno às áreas requisitantes dos processos de compras e contratação devido à falhas na precificação do objeto. qt= quantidade total de processos de contratação no período.</p>		
275	<p>Preenchimento inadequado das metas físicas dos produtos e das informações constantes do relatório de realizações das ações do Plano Plurianual (PPA) pelos setores da SES</p>	<p>Percentual de relatórios em conformidade = <math>(\text{n}^\circ \text{ de relatórios em conformidade} / \text{n}^\circ \text{ total de relatórios recebidos}) \times 100</math></p>	<p>Menor que 10%</p>	<p>Número de relatórios a serem recebidos: 14 (data limite 17/05 - 1. qd).  Número de relatórios de realizações recebidos via SEI: 11 - 1. qd  Resultado do 1 qd: 78,57% de atendido até a data de 17/05, estabelecida pelo</p>

				Ofício Circular 101/2022 - GPI SEI 2022.0001.0006.946
274	Não realização da apropriação de despesas para todas as requisições recepcionadas pela GPI	$\% \text{ N}^{\circ} \text{ de Anexos II emitidos} / \text{N}^{\circ} \text{ Total de Processos recepcionados} \times 100$ $\% \text{ N}^{\circ} \text{ de Créditos autorizados} / \text{N}^{\circ} \text{ Total de Créditos solicitados} \times 100$	1. Atender 100% dos processos demandados.	Resultado do 1º qd:  100% dos Anexos II emitidos (emitidos : 1.969) 100% dos créditos autorizados (créditos autorizados: 13)

<b>050</b>	Descontrole do patrimônio da SES.(bens ociosos ou extravio de bens) Rev. 27/05/2022	Percentual de baixas indevidas = Números de estorno de baixas indevidas / pelo número Baixas totais	abaixo 10%	0%
------------	---	---	------------	----

<b>052</b>	Medição dos serviços realizados acima do que foi executado (superfaturamento). Rev. 20/05/2022	Número de medição realizada acima do que foi executada	Tenden do a 0 (Zero)	0 (Zero)
------------	--	--	----------------------	----------

053	Aquisição e recebimento de equipamentos, serviços ou obras em condições insuficientes ou insatisfatórias. Rev. 20/05/2022	Número de equipamentos recebidos em condições insatisfatórias e/ou insuficientes	Tendência a 0 (Zero)	0 (Zero)
517	Pactuação de contratos com cláusulas genéricas e ou inadequadas, sem atender as especificidades da contratação.	Índice de Processos de contratações mal instruídos / Índice de Processos efetivados .	40%	7%

<b>518</b>	Não pactuação de contratos e aditivos em tempo hábil.	Índice de Processos de ajustes fora de prazo / Índice de Processos efetivados.	40%	3%
<b>797</b>	Acúmulo de processos de prestação de contas recebidas e não analisadas pela coordenação.	volume de dados / efetivação operacional	70%	20%
<b>324</b>	Perda de prazo em processos de natureza transversais	(Número de processos atrasados/ número total de processos na Subsecretaria) x 100	menor que 20%	9%
<b>506</b>	Risco de ineficiência das coordenações regionais da SES GO	Índice de desempenho dos coordenadores regionais (composto por indicadores estratégicos de aplicação regional)/ Índice máximo x 100	60% (em 2021)	60%
<b>530</b>	Risco de deficiência na organização, coordenação e supervisão técnica das superintendências (rev 17.05.2022)	(Número de Superintendências alinhadas aos projetos estratégicos da pasta/ 8) x 100	100%	100%
<b>376</b>	Atraso na elaboração de estudos técnicos	Trabalhos finalizados com atraso x 100 / total de trabalhos finalizados	<20%	00%

321	<p>Falta de preenchimento diário dos dados do Informativo Internações COVID19, no sistema "Formulário COVID19".  <a href="https://indicadores.saude.go.gov.br/pentaho/api/repos/:coronavirus:paineis:painel.wcdf/generatedContent">https://indicadores.saude.go.gov.br/pentaho/api/repos/:coronavirus:paineis:painel.wcdf/generatedContent</a></p>	<p>Número de unidades que não preenchem o informativo de internações COVID19, diariamente/ pelo número total de unidades que devem realizar o preenchimento x100</p>	<p>Menor que 30%</p>	<p>25,74%</p>
322	<p><u>RISCO:</u>  Disponibilizar os *status dos leitos destinados ao tratamento da Covid-19 de maneira incongruente no Painel Mapa de Leitos.  <a href="https://indicadores.saude.go.gov.br/public/mapa-deleitos.html">https://indicadores.saude.go.gov.br/public/mapa-deleitos.html</a></p> <p>* Disponível, Ocupado e Bloqueado.</p>	<p>■ <i>Indicador:</i>  <i>Não conformidades no Mapa de Leitos-SES (COVID-19)</i></p> <p><i>Número de não conformidades no quadrimestre (erros), dividido pela quantidade de eventos possíveis ( nº de unidades multiplicado pelo total de dias no quadrimestre - considera-se o mês de 30 dias), multiplicado por 100.</i>  <i>Fórmula:</i>  <math display="block">\frac{UN}{TU} \times 100 = NC</math> <i>Onde:</i>  <i>UN = Nº de vezes que ocorreu a não-conformidade e no quadrimestre</i>  <i>TU = Nº de eventos possíveis.</i></p>	<p>Menor que 5%</p>	<p>1,82%</p>

		<p>NC = Percentual de não conformidade e no quadrimestre</p>		
699	<p><u>RISCO:</u> Disponibilizar os *status dos leitos de UTI Geral de maneira incongruente no Painel Mapa de Leitos. <a href="https://indicadores.saude.go.gov.br/public/mapa-deleitos.html">https://indicadores.saude.go.gov.br/public/mapa-deleitos.html</a></p> <p>* Disponível, Ocupado e Bloqueado.</p>	<p>■ <b>Indicador:</b> Não conformidade no Mapa de Leitos-SES (UTI GERAL)</p> <p>Número de não conformidade no quadrimestre (erros), dividido pela quantidade de eventos possíveis (nº de unidades multiplicado pelo total de dias no quadrimestre - considera-se o mês de 30 dias), multiplicado por 100. Fórmula: <math>UN/TU \times 100 = NC</math> Onde: UN = Nº de vezes que ocorreu a não-conformidade e no quadrimestre TU = Nº de</p>	Menor que 5%	1%



		<p>eventos possíveis.  <math>NC = \text{Percentual de não conformidade e no quadrimestre}</math></p>		
750	Descontinuidade do Atendimento Pré-Hospitalar relacionado à insuficiência de Recursos Humanos para compor as equipes de atendimento	<p>Taxa de descontinuidade do serviço por razão de RH (TDS-Rh) = <math>\frac{(HI-Rh)}{\text{Número de horas de interrupção dos atendimentos por insuficiência de Rh/ (HT) Número total de horas previsto para atendimentos}} * 100 (\%)</math></p> <p>TDS-Rh = <math>\frac{HI-Rh}{HT} * 100 (\%)</math>          (HI-Rh) Horas de interrupção dos atendimentos por insuficiência de recursos humanos (HT) Número total de horas previsto para atendimentos</p>	Meta menor que 15%	11,30%

446	<p>Risco de descontinuidade do atendimento pré-hospitalar (APH) terrestre oferecido pelo SIATE, relacionado a ausência de insumos, medicamentos, equipamentos e veículos que impeçam o atendimento à população.</p>	<p>Razão de desabastecimento (RD) = <math>N^{\circ}</math> itens essenciais para APH em estoque crítico (EC)/<math>N^{\circ}</math> de itens essenciais com estoque adequado (EA)</p> <p>Onde:  RD= Razão de desabastecimento  EC= Itens com estoque crítico ou ausente  EA= Itens com estoque adequado</p> <p>Quanto MAIOR a razão de desabastecimento, PIOR a situação de estoques e mais próximo a possibilidade de interrupção do serviço</p> <p>Quanto MENOR a razão de desabastecimento, MELHOR a situação de estoque de itens essenciais do SIATE.</p>	Meta menor que 20%	0
-----	---	---	--------------------	---

447	Risco de desenvolvimento de doenças/agravos adquiridos em ambiente laboral	<p>Taxa de Absenteísmo (Tx. Abs) = <math>\frac{\text{HPa}}{\text{Número de horas perdidas de trabalho por absenteísmo} / (\text{HT}) \times \text{número total de horas de trabalho que a equipe deveria executar}} \times 100</math></p> <p>Tx. Abs = <math>\frac{\text{HPa}}{\text{HT}} \times 100</math> (%)</p> <p>(HPa) Número de horas perdidas de trabalho por absenteísmo (HT) número total de horas de trabalho que a equipe deveria executar</p>	Meta menor que 10%	12%
453	Emissão incorreta de faixas numéricas para Autorização de Internação Hospitalar -AIH, Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alto Custo - APAC	I = Quantidade de ocorrências de sequenciais fornecidos de forma incorreta/ número de sequenciais fornecidos por mês X 100.	Q3-2021= 1% Q1-2022= 0,8% Q2-2022= 0,6%	0,01%

335	Rejeições e Glosas no Processamento da Produção Ambulatorial SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SUS) dos Estabelecimentos de Saúde sob Gestão Estadual.	I = valor de faturamento rejeitado/valor de faturamento apresentado x 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Q03-2021: 12%</li> <li>•Q01-2022: 11%</li> <li>•Q02-2022: 10%</li> <li>•Q03-2022: 09%</li> </ul>	5,85%
336	Desatualização do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dos Estabelecimentos de Saúde sob Gestão Estadual.	I= Número de estabelecimentos com SCNES atualizado/ Número de estabelecimentos total x 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Q03-2021: 80%</li> <li>•Q01-2022: 80%</li> <li>•Q02-2022: 80%</li> <li>•Q03-2022: 80%</li> </ul>	98,40%

339	<p>Redução da resolutividade do processo regulatório de urgência</p> <p>REVISÃO: 08/02/2022 - Descrição do risco foi alterada, para adequação ao monitoramento. Descrição anterior do risco: Morosidade no processo regulatório de internações</p>	<p>Nº de solicitações reguladas para executante/Nº de solicitações de regulação recebidas X 100 (mensal)</p>	<p>&gt;70%</p>	<p>75,13%</p>
337	<p>Indisponibilidade de leitos para a Regulação Estadual</p> <p>REVISÃO: 09/02/2022 - Descrição do risco foi alterada, para adequação ao monitoramento. Descrição anterior do risco: Gerenciamento de leitos ineficaz</p>	<p>Soma do número de pacientes - dia / Soma do número de leitos operacionais x 100 (dia)</p>	<p>75% - 85%</p>	<p>NÃO COVID UTI ADULTO : 77,44%  UTI NEO: 71,19%  UTI PED: 75,70%  ENF. ADULTO : 56,00%  ENF. PED: 44,60%   COVID UTI ADULTO : 52,10%  UTI PED: 86,72%  ENF. ADULTO : 24,61%  ENF. PED: 63,56%</p>
714	<p>Não adesão das Centrais de Regulação de Urgência do SAMU 192 em responder ao formulário de monitoramento diário das unidades móveis ativas e inoperantes diariamente</p>	<p>Números de formulários respondidos diariamente / Número total de formulários disponibilizados diariamente x 100(dia)</p>	<p>&gt;80%</p>	<p>86,25%</p>

<b>334</b>	Recusa das famílias para doação de órgãos e tecidos	Nº de recusas familiares/Nº de entrevistas realizadas x 100 (mensal)	< 50%	69,89%
<b>340</b>	Possíveis receptores fora da fila para o transplante devido ao status semi-ativo	Nº de semiativos em lista/Nº de ativos + semiativos em lista x 100	< 7%	3,65%
<b>343</b>	Monitoramento inadequado das ações da PAS 2021	(Número de ações monitoradas / Número de ações programadas para o ano)*100	Acima de 90%	100%
<b>492</b>	Não preenchimento integral das vagas disponibilizadas para as Residências (Médica e em Área da Saúde)	Número de vagas de residência ofertadas preenchidas / Número de vagas de residência ofertadas x 100	Acima de 95%	97,50%
<b>460</b>	Editais de Chamada Pública para docentes e discentes da SESG mal elaborados	Número de devoluções do Edital para correção técnica e/ou legal > ou = duas vezes / Número total de Editais x 100	Menor 20%	0%
<b>685</b>	Morosidade e baixa segurança na distribuição de vagas para estágio obrigatório em virtude de ausência de sistema informatizado	Nº de vagas distribuídas / Nº de vagas ofertadas x 100% (por	> 95%	27,70%

		edital publicado)		
<b>686</b>	Não expansão das vagas dos Programas de Residência - Médica e em Área Profissional da Saúde	Nº de novas vagas ofertadas para os Programas de Residência / Nº total de vagas ofertadas x 100% (por ano)	> 10%	5,26%
<b>665</b>	Informações insuficientes para a solicitação de cursos a serem executados pela SESE	Nº de cursos solicitados devolvidos para unidade proponente para adequações / Nº de cursos solicitados para a SESE (quadrimestre) x 100	< 10%	0
<b>664</b>	Elaboração inadequada dos Projetos Pedagógicos de Curso a serem executados pela SESE	Nº de pareceres das áreas técnicas condicionantes / Nº de pareceres das áreas técnicas emitidos (quadrimestre) x 100	< 30%	0
<b>666</b>	O descumprimento das regras para requerimento de apoio e certificação dos cursos de Agente de Combate às Endemias - ACE e Agente Comunitário de Saúde - ACS por parte dos Municípios	Nº de cursos de ACE e ACS solicitados devolvidos para a regional por descumprimento de prazo / Nº total de cursos de ACE e ACS solicitados para a SESE (quadrimestre) x 100	< 10%	75%
<b>349</b>	Morosidade na elaboração de Notas Técnicas de Revisão Rápida	Nº absoluto de NTRR produzidas no	2	100%

		quadrimestre de avaliação		
<b>677</b>	Ausência de formação ou formação deficitária e obsoleta dos conteudistas e tutores dos cursos em EaD da SESG;	Percentual de satisfação dos cursistas na avaliação do Curso para Tutores da EaD da SESG	Maior ou igual a 80%	Não foi possível apurar ainda
<b>679</b>	Resultado final da diagramação sem qualidade estética e técnica/pedagógica	Percentual de satisfação dos cursistas com predomínio dos conceitos Bom ou Excelente na questão que avalia o material didático	Maior ou igual a 80%	95,36%
<b>351</b>	Morosidade no preenchimento de diários e certificação dos discentes	Quantidade de dias entre conclusão e certificação de todos os cursos / quantidade de cursos avaliados no período (anual)	Menor que 30 dias	24,6
<b>352</b>	Indisponibilidade de recursos físicos e equipamentos em razão da estrutura física inadequada da SESG	Nº de solicitações de recursos físicos e equipamentos não atendidas / Nº total de solicitações de recursos e equipamentos X 100	Menor que 5%	0,81%
<b>654</b>	Ineficiência na obtenção e manutenção do histórico funcional dos servidores da SESG	Quantidade de demandas realizadas manualmente / número de servidores da CGT (mensal)	0	128,3 processos manuais por servidor do setor.
<b>660</b>	Falta de capacitação e atualização dos servidores quanto ao uso de novas tecnologias e organização dos processos de trabalho.	Quantidade de chamados para TI por	20%	6,79%



		falta de capacitação do servidor/ quantidade total de chamados X 100		
<b>661</b>	Morosidade na obtenção de cálculos, no monitoramento e arquivamento dos dados referentes aos pagamentos de horas-aula dos docentes que executam cursos pela SESG	Quantidade de dias entre a solicitação e a efetivação do pagamento / número total de solicitações de pagamento (quadrimestre)	Menor 60 dias	35,5 dias
<b>353</b>	Perda de prazo às respostas das demandas externas da Ouvidoria SES	Número de demandas da Ouvidoria respondidas dentro do prazo/número total de demandas da Superintendência de Vigilância em Saúde*100	90%	79,2
<b>358</b>	Perdas de prazos processuais	Número de processos tramitando no período analisado, sem fracassar/número total de processos tramitando na Superintendência de Vigilância em Saúde*100	90%	95,9
<b>227</b>	Recebimento Ineficiente de imunobiológicos na Central Estadual de Rede de Frio	$i = (\text{número de ocorrências do desvio de qualidade/volume de cargas recebidas de imunobiológicos no$	Próximo a zero	indicador = 0 (zero)

		quadrimestre ) *100		
235	Armazenamento ineficiente de imunobiológicos na Central Estadual de Rede de Frio	$I = (\text{Número de ocorrências durante o mês})$	Próximo a zero	Indicador = 0 (zero)
239	Distribuição ineficiente	$I = (\text{Número de ocorrência durante o mês})$	Próximo a zero	Indicador = 1
222	Capacitação de Baixo impacto	$F1 = (\text{número de participantes/números de inscritos}) * 100$ $F2 = (\text{Soma das respostas ótimo e bom quanto ao conhecimento adquirido/número total de avaliações no item relativo ao Discente}) * 100$ $F3 = (\text{Soma das respostas ótimo e bom quanto ao atendimento às expectativas do curso/número total de avaliações no item relativo ao Discente}) * 100$ $F4 = (\text{Soma do número de avaliações ótimo e bom quanto a importância do assunto do dia a dia$	$F1 > 80\%$ $F2 > 90\%$ $F3 > 90\%$ $F4 > 90\%$ $F5 > 90\%$	Capacitação 1: Indicador 1 - 126,3% Indicador 2 - 97,8% Indicador 3 - 98,9% Indicador 4 - 98,9% Indicador 5 - 99,7% Capacitação 2: Indicador 1 - 100% Indicador 2 - 100% Indicador 3 - 100% Indicador 4 - 100% Indicador 5 - 100%

		do trabalho/ número total de avaliações dos alunos) *100 F5=(Soma das respostas ótimo e bom dos itens método, técnica, relacioname nto e clareza entre bom e ótimo/númer o total de avaliações no item relativo ao Docente) *100		
223	Baixa cobertura vacinal dos grupos elegíveis	C1= (Nº de 1ª doses aplicadas do esquema vacinal/população alvo)*100 C2= (Nº de 2ª doses aplicadas do esquema vacinal/população alvo)*100	C1 >= 90% C2 >= 90%	Cobertura D1 =89,68% Cobertura D2 =77,34%
243	Descumprimento dos critérios técnicos por interferência externa	Nº de solicitação que incorrem aos critérios técnicos	Próximo a zero	zero (0)
361	Casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) não encerrados em até 60 dias após notificação	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação. Numerador: Total de registros de DNCI, por unidade de	80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no Sinan encerrados em até 60 dias, a	85

		residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. Denominador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação. Fator de multiplicação : 100.	partir da data de notificação.	
<b>372</b>	Emergências em Saúde Pública (ESPs) não detectadas e respondidas oportunamente.	Proporção de ESP detectadas e respondidas em até 24 horas. Numerador: Número de ESPs detectados e respondidas em até 24 horas. Denominador: Número de ESPs Fator Multiplicador: 100 Fonte: Planilha de Monitoramento de ESPs (CIEVS/GO)	Para 2022: 80% ESP detectadas e respondidas em até 24 horas.	83,80%
<b>363</b>	Erros no processo de emissão do Alvará Sanitário	(NAR) Número de Alvarás emitidos por retrabalho/ Número total de Alvarás emitidos	0	00
<b>364</b>	Não atendimento das demandas de alto risco da Ouvidoria dentro do prazo	(NDOP) Número de demandas de alto risco da Ouvidoria atendidas no Prazo/ Número total de	100% alto risco	06/10=60 %

		demandas de alto risco da Ouvidoria		
<b>366</b>	Subnotificação de Acidentes Relacionados ao Trabalho	1. Nº de Municípios capacitados em preenchimento de notificações de Acidentes de Trabalho . 2. Nº de CEREST's Regionais e equipes de vigilância em saúde capacitados em investigação de Acidente de Trabalho. 3. Nº de Fiscalizações de Saúde do Trabalhador relacionadas a Acidentes de Trabalho realizadas.	1. 10% de Municípios capacitados até dezembro/2022. 2. 06 CEREST's Regionais capacitados até dezembro/2022 3. 100% das denúncias de Acidentes de Trabalho atendidas até dezembro/2022.	100%
<b>368</b>	Avaliação insatisfatória das coberturas vacinais do Calendário Nacional de Vacinação das crianças menores de 2 anos de idade.	Número de relatórios emitidos por semestre	100%	100%
<b>585</b>	Emissão de parecer técnico relacionado a Evento Adverso pós vacina em tempo oportuno	Número de pareceres respondidos/ Número total de notificações recebidas* 100	Maior ou igual 95%	95%
<b>589</b>	Emissão de parecer técnico incorreto	Número de pareceres incorretos/Número total de notificações recebidas*100	zero	zero (0)
<b>593</b>	Violação de Sigilo de dados	Número de ocorrências de violação de dados	zero	zero (0)

596	Capacitação de baixo impacto	<p>F1=(número de participantes/números de inscritos)*100</p> <p>F2= (Soma das respostas ótimo e bom quanto ao conhecimento adquirido/número total de avaliações no item relativo ao Discente) *100</p> <p>F3=(Soma das respostas ótimo e bom quanto ao atendimento às expectativas do curso/número total de avaliações no item relativo ao Discente) *100</p> <p>F4=(Soma do número de avaliações ótimo e bom quanto a importância do assunto do dia a dia do trabalho/número total de avaliações dos alunos) *100</p> <p>F5=(Soma das respostas ótimo e bom dos itens método, técnica, relacioname</p>	<p>F1&gt;100 %</p> <p>F2&gt;100 %</p> <p>F3&gt;100 %</p> <p>F4&gt;100 %</p> <p>F5&gt;100 %</p>	<p>Capacitação - Calendário Vacinal:</p> <p>Indicador 1 - 96%</p> <p>Indicador 2 - 100%</p> <p>Indicador 3- 98,27%</p> <p>Indicador 4 - 100%</p> <p>Indicador 5- 100%</p> <p>Capacitação - Oficina Criativa Regional Norte</p> <p>Indicador 1 - 107%</p> <p>Indicador 2 - 100%</p> <p>Indicador 3- 100%</p> <p>Indicador 4 - 100%</p> <p>Indicador 5- 100%</p> <p>Capac. Oficina Criativa Reg. Sudoeste II</p> <p>Indicador 1 - 90%</p> <p>Indicador 2 - 100%</p> <p>Indicador 3- 100%</p> <p>Indicador 4 - 100%</p> <p>Indicador 5- 100%</p>
-----	------------------------------	---	--	---

		nto e clareza entre bom e ótimo/número total de avaliações no item relativo ao Docente) *100		
<b>595</b>	Distribuição ineficiente de Imunobiológicos Especiais	Nº solicitações de imunobiológicos especiais respondidos / Nº de solicitações de imunobiológicos *100	Maior ou igual 90%	95%
<b>501</b>	Digitação das Declarações de Óbitos em tempo inoportuno.	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado em até 60 dias após o final do mês de ocorrência • Método de cálculo = (registros de óbitos notificados em até 60 dias / Estimativa do Ministério da saúde) * 100	Maior ou igual a 90%	93,07%
<b>502</b>	Não realização de inquérito de fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis em Goiás.	Resultado da realização de inquérito de fatores de risco e proteção para	1. Realizar inquérito ; 2. Divulgar	1 - O inquérito foi realizado ; 2 - A análise e

		doenças crônicas não transmissíveis em Goiás. Resultados: Inquérito realizado com sucesso / Inquérito não realizado	1 relatório.	a divulgação dos resultados ainda não foram realizadas. No momento está sendo realizado o tratamento dos dados para análise e divulgação.
719	Não realização da estimativa anual de novos casos de câncer em Goiás para inclusão no Painel de Oncologia.	Percentual (%) de Regiões de Saúde com estimativa de casos (Número de Regiões de Saúde de Goiás com estimativa de novos casos de câncer realizada / Número total de Regiões de Saúde de Goiás * 100). Fonte: Painel de Oncologia de Goiás publicado no site da SES-GO.	100%	A estimativa de novos casos de câncer em Goiás, 2022, foi calculada para todas as Regiões de Saúde e está em fase de aprovação pela gestão para inclusão no Painel de Oncologia de Goiás.



386	Perdas de prazos processuais	Número de demandas respondidas dentro do prazo/número de demandas da SAIS com prazo*100	90%	96,05%
373	Solicitação de repasse inadequado da contrapartida estadual do SAMU 192 aos municípios	Número de repasses adequados da contrapartida do SAMU 192 realizados/Municípios contemplados com contrapartida do SAMU 192*100	95%	100%
674	Deixar de realizar controle do motivos de glosas de AIH;	I=(número de AIH rejeitadas/ano x 100/número total de AIH/ano)	50%	60,02%
627	Monitoramento insuficiente dos municípios prioritários que recebem incentivo financeiro proveniente do Ministério da Saúde por meio da Resolução CIB nº 078/2014. Revisão em 05/05/2022 - Foi pactuada nova Resolução na CIB de 20/04/2022 alterando de 30 para 35 municípios prioritários.	(Número de municípios que realizam ações em IST/Aids com os recursos provenientes da resolução 078/2014 / Número de municípios prioritários) X 100%	100% (35) municípios monitorados e realizando ações em IST/Aids .	66,60%

390	Dados inconsistentes no sistema de informação da APS	"Número de municípios com alcance de metas do Previne Brasil - ISF (indicador sintético final) >= 5) / Número de municípios do Estado de Goiás * 100"	50%	113/246 =46%(Referente ao 3Q21)
391	Atraso na resposta de Emenda Parlamentar	<b>Número de resposta de Emenda Parlamentar dentro de 15 dias/número de emendas parlamentares solicitadas à gerência*100</b>	95%	100%
375	Atraso na elaboração do Anexo I dos Contratos	(Número de anexos técnicos atrasados/total de anexos solicitados) x100%	Menor ou igual a 25%	18%
377	Centralização dos serviços de saúde da atenção hospitalar	nº de novos leitos gerais nos Hospitais Estaduais por macrorregião / total de leitos gerais nos Hospitais Estaduais por macrorregião x100%	MACRO ORREGIÃO CENTR O-OESTE >= 25% MACRO RREGIÃO CENTR O-NORTE >= 35% MACRO RREGIÃO NORDESTE >=	MACRO RREGIÃO CENTR O-OESTE = 7% MACRO RREGIÃO CENTR O-NORTE = 12% MACRO RREGIÃO NORDESTE =

			50% MACRO RREGIÃ O SUDOE STE >= 30% MACRO RREGIÃ O CENTR O- SUDOE STE >= 30%	46% MACRO RREGIÃ O SUDOE STE = 1% MACRO RREGIÃ O CENTR O- SUDOE STE = 27%
<b>380</b>	Distribuição ineficiente dos medicamentos para enfrentamento de endemias	Número de requisições atendidas em 48 horas / número de requisições recebidas x 100%	99%	99%
<b>382</b>	Centralização dos medicamentos do Componente Especializado	Número de Policlínicas com o serviço implantado/ Número total de Policlínicas x100%	100%	50%
<b>807</b>	Ausência de sanções nos contratos de gestão por descumprimento contratual por parte das OSS.	Impossibilidade de estabelecer um indicador	0%	0%
<b>546</b>	Atraso ou não atendimento das unidades correlatas (Gerências) à SUPER em relação as demandas requisitadas pelos órgãos de controle e outros, dentro dos prazos estabelecidos.	$I = \frac{\text{Quantidade de processos atendidos dentro do prazo}}{\text{Nº Processos}} \times 100\%$	100%	76%

416	Má gestão do Processos de Contratação ou aditivação dos Contrato junto as OSS, por ausência de procedimento padrão no processo de contratação.	I = Quantidade de Contratos ou Aditivos a serem renovados x tempo para renovação x 100%	100%	100%
059	Levantamento inadequado da estimativa de custeio para chamamento das Organizações Sociais e formulação de aditivos aos Contratos de Gestão. (rev. 20/05/2022)	I= Número de Anexos IV produzidos com Equívocos/ Total de Anexos IV produzidos de custeio) x 100 (REV 20/05/2022) O indicador foi revisto em função da alternância da Gerência	menor que 5%	5%
058	Rateios incorretos dos custos compartilhados área entidades sem a Organizações Sociais,	I= (Quantidade de rateios incorretos/ Quantidade total de rateios) x100 (REV 20/05/2022)	menor 5%	2%

060	Baixa efetividade da fiscalização e acompanhamento dos contratos de gestão.	I= (Desempenho do potencial de acompanhamento da performance das Organizações Sociais pela Gerência/ Possibilidade Máxima de acompanhamento) x 100 (REV 20/05/2022)	maior 90%	95%
-----	---	---	--------------	-----

062	Análise limitada dos dados financeiros e contábeis.	I=(Quantidade de análise dados realizadas/ Total de dados financeiros inseridos no sistema/ ) x 100 (Mensal) (REV 20/05/2022)	100%	90%
-----	---	---	------	-----

064	Contratações impróprias realizadas pelas Organizações Sociais.	I = (Efetividade da capacidade de análise de regulamento de compras pela GAOS/ Possibilidade máxima de capacidade de análise) x 100 (REV 20/05/2022)	90%	95%
277	Preenchimento inadequado da Carta de Serviço	Número de serviços atualizados (frequência mensal) / Número de serviços cadastrados no Portal (frequência anual);	>80% atualizados	85%
374	Atraso na entrega e incipiência na qualidade dos dados dos principais instrumentos de gestão exigidos por Lei . Ex:(PES, PAS, PE etc.);	Nº de Instrumentos atrasados por setor/Nº total de solicitações de prorrogação de prazo x 100 (mensal)	< 40%	0%

<b>378</b>	Não adequar os instrumentos de gestão do SUS aos objetivos e estratégias estabelecidos nas legislações específicas;	Nº de Instrumentos atrasados por setor/Nº total de solicitações de prorrogação de prazo x 100 (mensal)	<40%	0%
<b>426</b>	Não entregar as unidades de saúde dentro do prazo estabelecido;	I=(número de unidades assistenciais, sob gestão estadual, construídas e equipadas.	> 60%	90%
<b>606</b>	Má prestação de contas por parte das Organizações da Sociedade Civil (OSCs)	Nº de solicitações atendidas de modo satisfatório pela OSC/Nº de solicitações feitas pela GAUPC à OSC x100	Maior que 80%	90%
<b>608</b>	Atraso ou não atendimento das demandas da Gerência de Avaliação das Unidades Próprias e Conveniadas.	Nº de solicitações atendidas pela GAUPC dentro do prazo/ Nº de solicitações da GAUPC com prazo x 100	Maior que 80%	80%
<b>393</b>	SEI Cumprimento dos Prazos dos processos	Nº de processos respondidos fora do prazo / total de processos x 100	>95%	maior ou igual a 95%
<b>392</b>	Acompanhamento dos processos prioritários e estratégicos	Nº de processos respondidos fora do prazo / total de processos x 100.	>95%	maior ou igual a 95%
<b>394</b>	Ausência de leitos em saúde mental nos hospitais estadualizados	Número de hospitais estadualizados com leitos em saúde mental / total	Acima de 70%	100% dos leitos em saúde mental em



		de hospitais previsto x 100		funcionamento hospital de Jataí
410	Dificuldade na implantação da política de saúde mental garantindo a qualidade do cuidado	$F1 = (\text{número de participantes / números de inscritos}) * 100$	Maior que 80%	80%
402	Entraves na promoção das diretrizes das políticas de saúde referentes às populações específicas	Número de eventos de integração realizados / Meta x 100	Maior que 80%	85%
396	Risco de não conformidade nos atendimentos da Sala Lilás	Número de ações de integração realizadas / Meta x 100	Maior que 80%	90%
401	Risco de incapacidade técnica em TI das Regionais de Saúde na representatividade da SES nas Regiões de Saúde (Atualizado em 19/05/2022)	<p>I - Indicador de Capacitação Técnica = quantidade de Coordenadores e Subcoordenadores Regionais de Tecnologia capacitados em TI nível intermediário / quantidade total de Coordenadores e Subcoordenadores Regionais de Tecnologia nomeados *100 (período de 12 meses, com apuração semestral)</p> <p>II - Indicador de Capacitação em Sistemas de Informação =</p>	<p>ICT: 100%</p> <p>ICSI: Maior que 30%</p>	O indicador de monitoramento está passando por reformulação e está sendo relacionado a uma planilha de controle de atendimento de demandas e de realização de cursos de capacitação anuais criada no final do 1Q22. A estimativa é que o indicador não

		quantidade de sistemas de informação do SUS instruídos / quantidade total de sistemas de informação do SUS mapeados *100 (período de 12 meses, com apuração semestral)		tenha atingido a meta e que o plano de ação de controle seja intensificado.
705	Risco de acesso indevido à informações sensíveis de pacientes por usuários do sistema terceirizado de Gestão Hospitalar do Estado de Goiás (sistema MV)	I - Percentual de usuários com o perfil revisado e readequado = (Quantidade usuários ativos com perfil indevido / Quantidade de usuários ativos no SGH) * 100  (período de 6 meses)	50% de usuários revisados até 31/12/2022	Monitoramento não realizado, tendo em vista que o início do planejamento das ações de controle ocorreu a partir de 26/04/2022.
794	Risco de Atraso na Entrega dos Sistemas Solicitados	I - Indicador de entrega de sistemas dentro do prazo = (Quantidade de sistemas iniciados no período/Quantidade de sistemas entregues no prazo)*100; II - Indicador de sistemas suspensos = (Quantidade de sistemas em desenvolvimento/Quantid	Indicador I = 90% Indicador II = 90% Indicador III = 95%	Em formulação, pois o risco foi implantado no final do quadrimestre

		<p>ade de sistemas suspensos no período)*100 ;</p> <p>III - Indicador de Sistemas/Módulos homologados dentro do prazo = (Quantidade de Sistemas Homologados/Quantidade de Sistemas/Módulos em homologação);</p>		
--	--	---	--	--

## 6. CONCLUSÃO

Espera-se que o presente relatório seja disseminado no âmbito do órgão e fomenta a perseguição por resultados positivos em Gestão de Riscos.