



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



# Plano Estadual de Saúde 2016-2019



**GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS****GOVERNADOR**

Marconi Perillo Júnior

**VICE-GOVERNADOR**

José Eliton de Figueredo Júnior

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Leonardo Moura Vilela

**SUPERINTENDENTE EXECUTIVO**

Halim Antonio Girade

**SUPERINTENDENTE DE GESTÃO, PLANEJAMENTO E FINANÇAS**

Lucas Paula da Silva

**SUPERINTENDENTE DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E GERENCIAMENTO  
DAS UNIDADES DE SAÚDE**

Maria Christina de Azeredo Costa Reis

**SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Maria Cecília Martins Brito

**SUPERINTENDENTE DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**

Evanilde Fernandes Costa Gomides

**SUPERINTENDENTE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E TRABALHO PARA O  
SUS**

Irani Ribeiro de Moura

**COORDENAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA DE CONSOLIDAÇÃO / REVISÃO**

Edilberto Alexandre Silva Machado

Elzira Testolin

Helen Cristina Araújo

Jane Martins Silveira

Lilian Benvindo de Carvalho

**COMISSÃO DE ELABORAÇÃO**

Alan Kardec de Lima Filho

Alessandra Rodrigues de Almeida Lima

Ana Lúcia Ignácio Oliveira

Andréa Maria Peixoto

Armando Zafalão Júnior

Claudia Alves da Silva

Damiana Aparecida Andrade de Carvalho Moreira

Déa Tânia Miranda Silva Freitas

Edna Maria Covem

Fabiana de Araújo Falcomer dos Santos

Iara Silva Lourenço

Joíra Pereira de Oliveira Curado

Karla Jorama Tavares Brandão

Loreta Marinho Queiroz Costa

Luciano Leão Bernadino da Costa

Luiselena Luna Esmeraldo

Magda Lúcia Reges da Silva Barros

Márcio da Silva Cardoso

Maria Bernadete Souza Napoli

Maria Lúcia Carnelosso

Marisa Aparecida de Souza e Silva

Nathália dos Santos Silva

Nelson Bezerra Barbosa

Neusinho Ferreira de Farias

Paulo Capparelli Júnior

Raphael de Oliveira Araújo

Rosilene Martins da Silva

Silvana Cruz Fuini

Sônia Maria de Moraes

Vânia Rasmussen Pereira

**Colaboração**

Participantes das Oficinas Regionais de Planejamento

Participantes das Conferências Municipais de Saúde

Participantes da Conferência Estadual de Saúde

**LISTA DE SIGLAS**

**ACCR** - Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco  
**ACS** – Agente Comunitário de Saúde  
**ADFEGO** – Associação dos Deficientes Físicos do Estado de Goiás  
**AF** - Assistência Farmacêutica  
**AGR** - Agência Goiana de Regulação  
**AGRODEFESA** - Agência Goiana de Defesa Agropecuária  
**AIDS** – Acquired Immunodeficiency Syndrome/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
**ALCON** – Alojamento Conjunto  
**AME** - Ambulatórios Médicos de Especialidades  
**AMSK** - Associação Internacional Maylê Sara Kali  
**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
**APAC** - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade  
**APAE** - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais  
**APPCC** - Análise de Perigos em Pontos Críticos de Controle  
**APS** - Atenção Primária à Saúde  
**AT's** – Agências Transfusionais  
**AVC** – Acidente Vascular Cerebral  
**AVE** - Acidente Vascular Encefálico  
**BCG** – Bacillus Calmette-Guérin (vacina contra Tuberculose)  
**BI** – Business Intelligence/ Inteligência Empresarial  
**BLH** – Banco de Leite Humano  
**BPA** – Boletim de Produção Ambulatorial  
**CAC** – Coordenação de Acompanhamento Contábil  
**CACON** - Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia  
**CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial  
**CAPS AD** - Centros de Atenção Psicossocial (Álcool e Drogas)  
**CAPSI** - Centro de Atenção Psicossocial e Infante Juvenil  
**CARA** - Centro de Assistência aos Radioacidentados  
**CASMED** - Câmara Setorial de Medicamentos e Produtos para Saúde  
**CBAF** - Componente Básico da Assistência Farmacêutica  
**CBM** - Corpo de Bombeiros Militar  
**CEAF** - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
**CEASA** - Centro de Abastecimento de Alimentos  
**CEBRID** - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas  
**CEFT** - Comissão Estadual de Farmácia Terapêutica  
**CENTREL** - Centro de Nefrologia em Goiânia  
**CEO** - Centro de Especialidade Odontológica  
**CER** - Centro Especializado de Reabilitação  
**CERAC** - Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade  
**CEREST** - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
**CERF** - Central Estadual de Rede de Frio  
**CES** - Conselho Estadual de Saúde  
**CESAF** - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica  
**CESD** - Comitê Estadual de Saúde em Desastres Naturais  
**CGBP** – Casa da Gestante Bebê e Puérpera  
**CGE** - Controladoria Geral do Estado

**CGP** – Controle Geral de Pessoas  
**CIB** - Comissão Intergestores Bipartite  
**CID** – Classificação Internacional de Doenças  
**CIES** - Comissões de Integração Ensino Serviço para o SUS  
**CIHA** - Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial  
**CIMP** - Centro Integrado Médico Psicopedagógico  
**CIR** - Comissões Intergestores Regional  
**CIS** - Consórcios Intermunicipais em Saúde  
**CISO II** - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II  
**CISSGO** - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste Goiano  
**CIT** - Centro de Informação Toxicológica  
**CM** – Coeficiente de Mortalidade  
**CMAC** – Central de Medicamentos de Alto Custo – Juarez Barbosa  
**CMI** – Coeficiente de Mortalidade Infantil  
**CMS** – Conselho Municipal de Saúde  
**CNCDO** - Central de Notificação e Captação de Órgãos  
**CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde  
**CNS** – Conselho Nacional de Saúde  
**COAPS** - Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde  
**COAS** - Coordenação de Atenção à Saúde  
**COES** – Coordenação de Economia em Saúde  
**COG** - Central de Odontologia de Goiânia  
**COMACG** - Comissão Unificada de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão  
**COMFIC** – Coordenação de Monitoramento e Fiscalização  
**CONASS** - Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde  
**CONNECTA SUS** - Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde  
**CORAE** – Centro de Reabilitação e Assistência ao Encefalopata  
**COSEMS** - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de Goiás  
**CPN** – Centro de Parto Normal  
**CRASPI** - Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso  
**CRCN-CO/CNEN** - Centro Regional de Ciências Nucleares da Região Centro-Oeste da Comissão Nacional de Energia Nuclear  
**CRE** - Complexo Regulador Estadual  
**CRECCEE** - Centros de Referência de Combate e Controle de Endemias e Epidemias  
**CREDEQ** - Centro de Referência e Excelência em Dependência Química  
**CREMIC** - Centro de Referência em Medicina Integrativa e Complementar  
**CRER** - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo  
**CRM** – Complexo Regulador Municipal  
**CRR** – Complexo Regulador Regional  
**CRRF** - Centrais Regionais de Rede de Frio  
**CTA** – Centro de Testagem e Aconselhamento  
**CVEH** - Coordenação de Vigilância Epidemiológica Hospitalar  
**CVSAT** - Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador  
**DAB/MS** – Departamento da Atenção Básica /Ministério da Saúde  
**DAC** - Doença Aparelho Circulatório  
**DATA WAREHOUSE** – Depósito de Dados Digitais  
**DATASUS** – Departamento de Informática do SUS  
**DBF** – Database File (Formato de arquivo do dBase)  
**DCC** – Dengue com Complicações

**DCJ** – Doença de Creutzfeldt - Jakob  
**DCNT** – Doenças Crônicas não Transmissíveis  
**DCV** – Doenças Cardiovasculares  
**DDA** – Doença Diarreica Aguda  
**DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4** – Sorotipos da Dengue  
**DEPARA** - Aplicativo de migração de dados DE SCNES PARA SIA  
**DM** – Diabetes Mellitus  
**DM** – Doença Meningocócica  
**DNA** - Deoxyribonucleic Acid/ Ácido Desoxirribonucleico  
**DOGES** - Departamento de Ouvidoria Geral do SUS  
**DORT** - Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho  
**DPOC** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica  
**DSEI** - Distrito Sanitário Especial Indígena  
**DST** – Doença Sexualmente Transmissível  
**DTA** – Doença de Transmissão Alimentar  
**DTHA** – Doenças Transmitidas por Veiculação Hídrica  
**DTPA** - Vacina Acelular contra Difteria, Tétano e Coqueluche  
**EAD** – Ensino à Distância  
**EC** – Emenda Constitucional  
**ECA** - Estatuto da Criança e do Adolescente  
**EMAD** - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar  
**EMAP** - Equipe Multiprofissional de Apoio  
**ENSP** - Escola Nacional de Saúde Pública  
**ESAP** - Escola de Saúde Pública  
**ESB** - Equipes de Saúde Bucal  
**ESF** - Estratégia de Saúde da Família  
**E-SUS** – Sistema de Saúde de Atenção Básica  
**FA** – Febre Amarela  
**FAPEG** - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás  
**FAS** – Febre Amarela Silvestre  
**Fator RH** – Fator Rhesus  
**FAU** - Febre Amarela Urbana  
**FES** – Fundo Estadual de Saúde  
**FHD** – Febre Hemorrágica da Dengue  
**FIOCRUZ** - Fundação Oswaldo Cruz  
**FNS** – Fundo Nacional de Saúde  
**FPO** - Ficha de Programação Físico-Orçamentária  
**FUNASA** - Fundação Nacional de Saúde  
**FUNLEIDE** - Fundação Leide das Neves Ferreira  
**GAB/SES** – Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde  
**GAL** – Gerenciador de Ambiente Laboratorial  
**GAR** – Gravidez de Alto Risco  
**GEC** – Gerência de Engenharia Clínica  
**GEED** - Grupo Executivo de Enfrentamento às Drogas  
**GEFIC** – Gerência de Acompanhamento e Fiscalização de Contratos de Gestão  
**GERCRA/SPAIS** - Gerência de Regionalização e Conformação de Redes de Atenção à Saúde/ Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde  
**GGP** – Gerência de Gestão de Pessoas  
**GIF** - Grau de Incapacidade Física  
**GMD** - Projeto de Gerenciamento Matricial de Despesas

**GPE/SPAIS/SES** – Gerência de Programas Especiais/ Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde  
**GSMCA/SPAIS** – Gerência de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente/ SPAIS  
**GTI** - Gerência de Tecnologia da Informação  
**GTIM** - Grupos de Trabalho Intersetoriais Municipais  
**GVE** – Gerência de Vigilância Epidemiológica  
**GVEDT** – Gerência de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis  
**GVSP** - Gerência de Vigilância Sanitária de Produtos  
**H1NI** – Gripe A influenza  
**HA** – Hipertensão Arterial  
**HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica  
**HC** - Hemocentro Coordenador  
**HC/UFG** - Hospital das Clínicas/ Universidade Federal de Goiás  
**HDS** - Dermatologia Sanitária  
**HDT/HAA** - Hospital de Doenças Tropicais – Dr. Anuar Auad  
**HEELJ** - Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime  
**HEMOGO** - Hemocentro de Goiás  
**HGG** - Hospital Alberto Rassi  
**HHV-6** - Herpes vírus tipo 6  
**HIV** - Human Immunodeficiency Virus  
**HMA** - Medicina Alternativa  
**HMI** - Hospital Materno Infantil  
**HÓRUS** - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica  
**HPV** - Human Papillomavirus/ Papillomavirus Humano  
**HR's** - Hemocentros Regionais  
**HTLV** – Human T Lymphotropic Virus (Vírus Linfotrópico de Células T Humanas)  
**HUAPA** - Hospital de Urgência de Aparecida de Goiânia  
**HUGO** - Hospital de Urgências de Goiânia  
**HUGOL** - Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira  
**HUHS** – Hospital de Urgências de Anápolis  
**HURSO** – Hospital de Urgência da Região Sudoeste  
**HUTRIN** - Hospital de Urgências de Trindade  
**IAM** - Infarto Agudo do Miocárdio  
**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano  
**IES** - Instituição de Ensino Superior  
**IET** - Instituições de Ensino Técnico  
**IHAC** – Iniciativa Hospital Amigo da Criança  
**IMB** – Instituto Mauro Borges  
**IML** – Instituto Médico Legal  
**INCA** - Instituto Nacional do Câncer  
**INCRA** - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária  
**IRC** - Insuficiência Renal Crônica  
**LACEN** - Laboratório Central de Saúde Pública  
**LAGENE** – Laboratório de Citogenética Humana e Genética Molecular  
**LC** – Lei Complementar  
**LDO** – Lei de Diretrizes Orçamentárias  
**LER/ DORT** - Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteo musculares Relacionados ao Trabalho  
**LGBT** - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

**LIRAA** - Levantamento Rápido de Índices para o *Aedes aegypti*  
**LMR** - Limites Máximos de Resíduos  
**LOA** - Lei Orçamentária Anual  
**LRPD** – Laboratórios de Próteses Dentárias  
**LTA** - Leishmaniose Tegumentar Americana  
**LV** – Leishmaniose Visceral  
**MAC** – Média e Alta Complexidade  
**MDI** – Maternidade Dona Íris  
**MDS** – Ministério do Desenvolvimento Social  
**MEDCASA** – Programa de Medicamento em Casa  
**MENP** - Mesa Estadual de Negociação Permanente  
**MIF** – Mulheres em Idade Fértil  
**MNSL** - Maternidade Nossa Senhora de Lourdes  
**MP/GO** – Ministério Público do Estado de Goiás  
**MS** – Ministério da Saúde  
**MUNIC** - Pesquisa de Informações Básicas Municipais  
**NA** – Não Autorizado  
**NACE** - Núcleo de Apoio ao Controle de Endemias  
**NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
**NAT** – Nucleic Acid Amplification Test (Teste de Ácido Nucléico)  
**NBCAL** – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactantes e Crianças de Primeira Infância  
**NCPS** - Núcleo de Consórcio Público em Saúde  
**NE** – Não Especificada  
**NECRIVI/ UFG** - Núcleo de Estudos sobre Criminalidade de Violência da UFG  
**Neo** – Neonatal  
**NOAS** - Norma Operacional da Assistência à Saúde  
**NOB** - Norma Operacional Básica  
**NOTIVISA** – Sistema de Notificações em Vigilância em Saúde  
**NVEH** – Núcleo Hospitalar de Epidemiologia  
**OMC** – Organização Mundial do Comércio  
**OMS** – Organização Mundial da Saúde  
**OMSH** – Observatório de Mobilidade e Saúde Humanas  
**ONG** – Organização Não Governamental  
**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde  
**OPM** - Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção  
**OSC** – Organizações da Sociedade Civil  
**OSS** – Organização Social de Saúde  
**PAG** – Coordenação do Plano Anual de Gestão  
**PAI** - Plano de Ação Integrada de Desenvolvimento  
**PAILI** - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator  
**PAM** - Plano de Ações e Metas  
**PAR** - Plano de Ação Regional  
**PAREPS** - Planos de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde  
**PAS** – Programação Anual de Saúde  
**PCCS** - Plano de Cargos, Carreiras e Salários.  
**PCDCH** – Programa de Controle da Doença de Chagas  
**PCEP** - Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos  
**PCR** - Reação em cadeia da polimerase (em inglês Polymerase Chain Reaction)  
**PDI** - Plano Diretor de Investimentos



**PDR** - Plano Diretor de Regionalização  
**PDRI** – Plano Diretor de Regionalização e Investimento  
**PDTI** - Plano Diretor de Tecnologia da Informação  
**PEATE** - Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico  
**PES** – Plano Estadual de Saúde  
**PEST** - Política Estadual em Saúde do Trabalhador  
**PETI** – Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação  
**PGASS** – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde  
**PGE** – Procuradoria Geral do Estado  
**PIB** – Produto Interno Bruto  
**PIT** – Pontos de Informações de Triatomíneos  
**PLANEJASUS** – Sistema de Planejamento do SUS  
**PLANVIG/ VIGISUS** – Plano de Vigilância em Saúde  
**PMAQ-AB** - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica  
**PNAD** - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
**PNAISARI** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação  
**PNAISC** – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança  
**PNAISH** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem  
**PNAISP** - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional  
**PNAS** - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas  
**PNASH** - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares  
**PNASS** - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde  
**PNH** - Política Nacional de Humanização  
**PNH** - Primatas não Humanos  
**PNI** – Programa Nacional de Imunização  
**PNS** - Pesquisa Nacional de Saúde  
**PNSP** - Programa Nacional de Segurança do Paciente  
**PNUD** - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
**PPA** – Plano Plurianual  
**PPI** - Programação Pactuada e Integrada  
**PQAVS** - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde  
**PROVAB** - Programa de Valorização da Atenção Básica  
**PS** – Plano de Saúde  
**PSE** – Programa Saúde na Escola  
**PUC GOIÁS** - Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
**PVC** - Programa de Volta para Casa  
**PVHA** – Pessoas Vivendo com HIV/ AIDS  
**QUALIFAR-SUS** - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica  
**RAAS** - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde  
**RAG** - Relatório Anual de Saúde  
**RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial  
**RAS** - Rede de Atenção à Saúde  
**RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada  
**REDOME** - Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea  
**RENAME** - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
**RESAP** - Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública “Cândido Santiago”  
**RESP** - Registro de Eventos em Saúde Pública  
**RHNet** – Sistema de Recursos Humanos do Estado de Goiás

**RMM** – Razões de Mortalidade Materna  
**RN** - Recém-Nascidos  
**ROT** – Rotulagem  
**RUE** - Rede de Urgência e Emergência  
**SAE** – Serviço de Atendimento Especializado  
**SAF** – Sistema de Administração Financeira  
**SAMU** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
**SAS/MS** – Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde  
**SCAGES** - Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde  
**SCATS** - Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde  
**SCD** – Síndrome do Choque da Dengue  
**SCNES** - Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde  
**SCTI** - Superintendência Central de Tecnologia da Informação  
**SE** – Semana Epidemiológica  
**SECT** - Secretaria de Estado de Cidadania e Trabalho  
**SEGPLAN** – Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento  
**SES** – Secretaria de Estado da Saúde  
**SEST/ SUS** - Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS  
**SFR** – Sistema de Frequência  
**SFR 2**- Sistema de Controle de Frequência  
**SGIF** - Sistema de Gestão de Informações Financeiras  
**SGRH** – Sistema de Gestão de Recursos Humanos  
**SHR** - Serviço Hospitalar de Referência  
**SIA** - Sistema de Informação Ambulatorial  
**SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica  
**SIACS** - Sistema de Informação e Apoio aos Conselhos Municipais de Saúde  
**SIATE** – Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência  
**SIAUD** - Sistema de Auditoria do Ministério da Saúde  
**SICLOM** - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais  
**SIES** - Sistema de Insumos Estratégicos em Saúde  
**SIH/ SUS** - Sistema de Informações Hospitalares do SUS  
**SIHD** - Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado  
**SIM** - Sistema de Informações sobre Mortalidade  
**SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
**SINASC** – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos  
**SINAVISA** - Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária  
**SINFRA** – Sistema de Infraestrutura de Redes  
**SIOFINET** - Sistema de Programação e Execução Orçamentária e Financeira  
**SIOPS** - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde  
**SIPNI** - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização  
**SISAGUA** - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano  
**SISCAN** – Sistema de Informação do Câncer  
**SISCEL** – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais  
**SISCOLO** - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero  
**SISMAMA** – Sistema de Informação do Câncer de Mama  
**SISPACTO** – Sistema do Pacto pela Saúde  
**SISPNCD** - Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue  
**SISPPI** - Sistema de Programação Pactuada e Integrada

**SISPRENATAL** – Sistema de Acompanhamento Pré-Natal  
**SISREG/ MS** - Sistema de Regulação do Ministério da Saúde  
**SISSOLO** - Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solos Contaminados  
**Sistema HÓRUS** - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica  
**SISVAN** – Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional  
**SIVEP – DDA** – Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica que faz o Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas  
**SIVIS** - Sistema Integrado de Vigilância em Saúde  
**SMS** - Secretaria Municipal de Saúde  
**SNA** - Sistema Nacional de Auditoria  
**SNC** - Sistema Nervoso Central  
**SNVS** - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária  
**SPAIS** - Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde  
**SRAG** – Síndrome Respiratória Aguda Grave  
**S-RES** - Sistema de Registro Eletrônico em Saúde  
**SRT** - Serviço de Residência Terapêutica  
**SSE** - Semana Saúde na Escola  
**STA** – Serviço de Tratamento Assistido  
**SUPEX** – Superintendência Executiva  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**SUVISA** – Superintendência Vigilância em Saúde  
**SUVISA/GVE** - Superintendência de Vigilância em Saúde/Gerência de Vigilância Epidemiológica  
**SVO** – Serviço de Verificação de Óbito  
**SVS/ MS** – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde  
**TABCNES** – Tabulação dos dados referentes ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
**TABNET** - versão do TABWIN que opera na Internet  
**TABWIN** - Tabulador de dados desenvolvido pelo Departamento de Informática do Ministério da Saúde  
**TB** – Tuberculose  
**TCD** - Grupamento de Diferenciação ou Cluster of Differentation (em inglês)  
**TCT** - Termo de Cooperação Técnica  
**TDM** - Totalmente Descentralizada no Município  
**TDO** – Tratamento Diretamente Observado  
**TFD** – Tratamento de Fora de Domicílio  
**TF-VS** - Teto Financeiro de Vigilância em Saúde  
**TI** - Tecnologia da Informação  
**TMI** - Taxa de Mortalidade Infantil  
**TRS** - Terapia Renal Substitutiva  
**UAA** – Unidade de Acolhimento Adulto  
**UAI** – Unidade de Acolhimento Infantil  
**UBS** - Unidade Básica de Saúde  
**UBV** – Ultra Baixo Volume  
**UC's** – Unidades de Coleta  
**UCI** – Unidade de Cuidados Intermediários  
**UCI Ca** – Unidade de Cuidados Intermediários Canguru  
**UCI Co** – Unidade de Cuidados Intermediários Convencional  
**UCIN** - Unidade de Cuidados Intermediários

**UCT's** – Unidades de Coleta e Transfusão  
**UD** – Unidades Domiciliares  
**UEG** – Universidade Estadual de Goiás  
**UFG** – Universidade Federal de Goiás  
**UNACON** - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia  
**UNB** - Universidade de Brasília  
**UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância (em inglês United Nations Children's Fund)  
**UOM** - Unidades Odontológicas Móveis  
**UPA** - Unidade de Pronto Atendimento  
**USA** - Unidade de Suporte Avançado  
**USB** - Unidade de Suporte Básico  
**USE** - Unidade Saúde Escola  
**USF** – Unidade de Saúde da Família  
**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva  
**UTIN** - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal  
**UV** - Ultravioleta  
**VD** – Visita Domiciliar  
**vDCJ** - Variante Doença de Creutzfeldt-Jakob  
**VERSIA** - Sistema de Verificação do SIASUS  
**VIGIAGUA** - Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano  
**VIGIAR** – Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar  
**VIGIDESASTRES** - Programa de Vigilância Relacionada aos Riscos Decorrentes de Desastres Naturais  
**VIGISOLO** – Programa de Vigilância Ambiental em Saúde de Populações Expostas ou sob risco de exposição a Solos Contaminados  
**VIGITEL** - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico  
**VIR** - Veículo de Intervenção Rápida  
**VISA** – Vigilância Sanitária  
**VIVA** - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes  
**VSPEA** - Plano de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos  
**XP** - Xeroderma Pigmentoso

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Pirâmide etária, por sexo, do ano de 2012
- Figura 2: Proporção da população idosa do Estado de Goiás, por região, 2012
- Figura 3: Mapa da população do Estado de Goiás por região
- Figura 4: Mapa da população do Estado de Goiás por macrorregião
- Figura 5: Mapa de Incidência da Dengue do Estado de Goiás, 2016 (SE 10 a SE 13)
- Figura 6: Municípios com Epizootias e casos de Febre Amarela. Goiás 2014 e 2015
- Figura 7: Municípios com maior número de casos autóctones de Leishmaniose Tegumentar Americana, Goiás 2010 a 2015
- Figura 8: Estrutura do Complexo Regulador Estadual
- Figura 9: Cobertura Populacional Estimada da Estratégia Saúde da Família em Goiás, Jan/2016
- Figura 10: Cobertura Populacional Estimada da Atenção Básica em Goiás, Nov/2015
- Figura 11: Distribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família / NASF, Goiás, Jan/2016
- Figura 12: Proporção de Partos Cesáreos
- Figura 13: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com os eixos temáticos, 2015.
- Figura 14: Ranking de mortalidade por todas as causas e ciclos de vida. Brasil, 2012.
- Figura 15: Mortalidade proporcional entre adolescentes (10-19 anos), Brasil, 2012
- Figura 16: Caderneta de Saúde do Adolescente
- Figura 17: Semana Saúde na Escola 2016
- Figura 18: Rede Cegonha em Goiás
- Figura 19: Adesão dos municípios goianos aos componentes I (Pré-Natal) e III (Puerpério e Atenção Integral a Saúde da Criança de 0 a 24 meses)
- Figura 20: Distribuição dos Centros Especializados em Reabilitação – CER em Goiás
- Figura 21: Rede de Nefrologia no Estado de Goiás - Mapa das Macrorregiões onde possuem serviços de nefrologia habilitados
- Figura 22: Rede de Cardiologia em Goiás - Mapa das Macrorregiões onde possuem serviços de cardiologia habilitados
- Figura 23: Serviços de Oncologia no Estado de Goiás - Mapa das Macrorregiões onde possuem serviços de oncologia habilitados
- Figura 24: Municípios com rotas de alto risco de acidentes com produtos perigosos
- Figura 25: Mapa de Normatização e capacitação de profissionais Regionais e Municipais para desenvolvimento dos trabalhos de monitoramento de triatomíneos em Goiás
- Figura 26: Implantação de estratificação voltada para os municípios prioritários para controle de flebotomíneos
- Figura 27: Planos de Educação Permanente Regionais e Estadual de Forma Ascendente, Sistemática e Contínua
- Figura 28: Existência de Resolução emitida pelo Conselho Municipal de Saúde
- Figura 29: Publicação de Decreto de convocação
- Figura 30: Existência de Regimento da Conferência Municipal
- Figura 31: Existência de Regulamento para a Conferência Municipal
- Figura 32: Espaço Físico Adequado para as plenárias
- Figura 33: Espaço Físico Adequado para os Grupos de Trabalho
- Figura 34: Estrutura Tecnológica para as Conferências
- Figura 35: Existência de Lista Nominal com Definição de Função
- Figura 36: Realização de Atividades Pré-conferência (1)



Figura 37: Realização de Atividades Pré-conferência (2)

Figura 38: Diretrizes e Propostas de Ações contidas no Relatório da Conferência Municipal de Saúde

Figura 39: Escolha de Delegados para a Conferência Regional por segmento

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Fluxograma de Classificação de Risco disponível nas unidades de saúde
- Gráfico 2: Acesso ao manual de Manejo Clínico pelo profissional de saúde
- Gráfico 3: Encaminhamento dos ACS dos casos suspeitos para notificação
- Gráfico 4: Visitas dos ACS aos pacientes com dengue que receberam alta
- Gráfico 5: Vistoria dos ACS no domicílio e peridomicílio possíveis de criadouro do mosquito Aedes (integração ACS/ACE)
- Gráfico 6: ACS capacitados em identificar casos suspeitos de Dengue e reconhecer os sinais de alarme
- Gráfico 7: Profissionais enfermeiros capacitados no manejo clínico de Dengue 2015
- Gráfico 8: Profissionais médicos capacitados no manejo clínico de Dengue 2015
- Gráfico 9: Casos confirmados de Febre Amarela em Goiás – 1973 a 2015
- Gráfico 10: Frequência de casos confirmados, óbitos e taxa de letalidade de FA. Goiás, 1987 – 2015
- Gráfico 11: Casos confirmados, óbitos e taxa de letalidade de Leishmaniose Visceral Humana em Goiás 2007 – 2015
- Gráfico 12: Casos confirmados, óbitos e letalidade por hantavirose, 2010-2015, Goiás.
- Gráfico 13: Casos Novos e Coeficiente de Detecção Geral Hanseníase/ 2003 a 2015.
- Gráfico 14: Casos Novos de Hanseníase e Coeficiente de Detecção/ 100.000 Hab. em < 15 anos/ Goiás/ 2003 a 2015
- Gráfico 15: Percentual de casos de HIV por faixa etária. Goiás, 2014 e 2015<sup>1234</sup>
- Gráfico 16: Taxa de incidência (por 100.000 habitantes) e razão de sexos (M:F) dos casos de Aids em indivíduos jovens de 15 a 24 anos, segundo sexo e ano de diagnóstico. Goiás, 1987 a 2015<sup>1234</sup>
- Gráfico 17: Número de casos e taxa de incidência (por 1.000 nascidos) de Sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, residentes no Estado de Goiás, segundo ano de diagnóstico, 2000 a 2014<sup>123</sup>
- Gráfico 18: Total de Casos Confirmados e Taxa de Detecção Anual de Hepatite B (por 100.000/hab.), Goiás, 2012 a 2015\*
- Gráfico 19: Proporção de Casos Confirmados de Hepatite B segundo Faixa Etária, Goiás, 2012 a 2015\*
- Gráfico 20: Total de Casos Confirmados e Taxa de Detecção Anual de Hepatite C (por 100.000/hab.), Goiás, 2012 a 2015\*
- Gráfico 21: Percentual de Casos Confirmados de Hepatite C segundo Faixa Etária, Goiás, 2012 a 2015\*
- Gráfico 22: Incidência de Tuberculose Todas as Formas e Pulmonar Bacilífera 2005 a 2015
- Gráfico 23: Coeficiente de Mortalidade por DAC na faixa de 30 a 69 anos em Goiás – 2008 a 2013
- Gráfico 24: Coeficiente de Mortalidade por DAC, por sexo, na faixa de 30 a 69 anos em Goiás – 2008 a 2013
- Gráfico 25: Mortalidade, principais causas no cap. IX do CID-10 (DAC) na faixa de 30 a 69 anos - Goiás – 2013
- Gráfico 26: Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus, por sexo e faixa etária
- Gráfico 27: Coeficiente de Mortalidade por Diabetes Mellitus, por sexo, de 2003 a 2013
- Gráfico 28: Prevalência (%) de sobrepeso e obesidade em adultos de acordo com as regiões de saúde de Goiás, SISVAN, 2015
- Gráfico 29: Prevalência de fator de proteção para doenças crônicas

- Gráfico 30: Cobertura vacinal do Calendário Nacional de Vacinação da Criança. Goiás, 2013 a 2015
- Gráfico 31: Homogeneidade de cobertura vacinal do Calendário Nacional de Vacinação da Criança. Goiás, 2013 a 2015
- Gráfico 32: Número de municípios que atingiram coberturas vacinais do Calendário Nacional de Vacinação da Criança. Goiás, 2015
- Gráfico 33: indicadores operacionais das doenças exantemáticas, Goiás, 2012 a 2016\*
- Gráfico 34: Casos suspeitos notificados de coqueluche – Goiás- 2011-2015\*
- Gráfico 35: Nº de casos e letalidade de doenças Meningocócica- Goiás-2008-2014\*
- Gráfico 36: Casos confirmados e letalidade de tétano acidental- Goiás-2008-2014\*
- Gráfico 37: Notificações por SRAG e Influenza A/H1N1, Goiás 2012 – 2015\*
- Gráfico 38: Comparativo da Letalidade por SRAG no Brasil e Estado de Goiás, 2012 2015\*
- Gráfico 39: Números de Casos e Óbitos por Varicela – Goiás 2010 a 2015
- Gráfico 40: Internações por Varicela – Goiás 2011 a 2015
- Gráfico 41: Taxa bruta de mortalidade de 2008 a 2012
- Gráfico 42: Mortalidade, principais grupos de causa na faixa de 30 a 69 anos - Goiás 2012
- Gráfico 43: Mortalidade. Principais grupos de causa - Goiás 2012
- Gráfico 44: Óbitos por Causas Externas, por Residência. Goiás, 2009-2013
- Gráfico 45: Taxa de Mortalidade média por acidentes de transporte terrestre dos 21 municípios prioritários eleitos pelo Observatório de Mobilidade e Saúde Humanas (OMSH) em Goiás entre o período de 2009 à 2013
- Gráfico 46: Percentual de aumento das notificações de violência interpessoal/autoprovocada (em relação ao ano de 2010) e número absoluto das unidades notificadoras, Goiás, 2010-2015
- Gráfico 47: Taxa de Mortalidade Infantil por faixa etária, Goiás - 2008 a 2013
- Gráfico 48: Razão de Mortalidade Materna (RMM) – Goiás
- Gráfico 49: Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, Goiás. 2008 a 2013
- Gráfico 50: Razão de Mortalidade Materna – RMM Brasil/Goiás no ano de 2007 a 2014
- Gráfico 51: Proporção de partos cesáreos Goiás, 1994 à 2016
- Gráfico 52: Proporção de Partos Cesáreos – Goiás e Brasil, 1994 a 2013
- Gráfico 53: Cobertura Pré-Natal Ano
- Gráfico 54: Razão de Exames Citopatológicos
- Gráfico 55: Razão de Exames de Mamografias
- Gráfico 56: Taxa de Mortalidade Infantil – Goiás e Brasil, 1996 a 2013
- Gráfico 57: Taxa de Mortalidade Neonatal– Goiás e Brasil, 1996 a 2013
- Gráfico 58: Porcentagem de óbitos neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal
- Gráfico 59: Migração dos Sistemas SISCOLO e SISMAMA para o Sistema SISCAN WEB
- Gráfico 60: Migração dos Registros no Sisprenatal versão de SKTOP para versão WEB
- Gráfico 61: Óbitos por residência, por ano, segundo capítulo CID 10
- Gráfico 62: Internações por ano segundo capítulo CID 10
- Gráfico 63: Percentual de municípios com Unidades Socioeducativas e PNAISARI implantada – GOIÁS- 2011-2014
- Gráfico 64: Ranking Proporção de nascidos vivos por mães adolescentes por Ano
- Gráfico 65: Ranking Proporção de nascidos vivos por mães adolescentes por Região de Saúde no Ano: 2015
- Gráfico 66: Situação do Programa Saúde na Escola- PSE- Goiás 2011/2014



Gráfico 67: Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS no Estado de Goiás por ano de referência – 2014

Gráfico 68: Proporção de população idosa em Goiás

Gráfico 69: Número de Internações Hospitalares em Goiás – Jan/ 2013 a Fev/ 2015

Gráfico 70: Doações de Órgãos e Tecidos - 2014 x 2015

Gráfico 71: Evolução dos serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios no período de 2011 a 2013

Gráfico 72: Distribuição percentual dos serviços de hemoterapia avaliados quanto ao risco potencial, segundo a categorização do Marp -SH. Goiás, 2012-2015

Gráfico 73: Programa de Monitoramento da Qualidade da Imagem Mamográfica (Interior do Estado) - até 2014

Gráfico 74: Ações Realizadas em Comunidades Terapêuticas entre 2011 a 2015

Gráfico 75: Capilarização – Rede Ouvidoria SES/GO

Gráfico 76: Total de Atendimentos - Rede de Ouvidoria do SUS no Estado de Goiás

Gráfico 77: Proporção de Atendimentos - Rede de Ouvidoria do SUS no Estado de Goiás

**LISTA DE TABELAS**

- Tabela 1 - Perfil epidemiológico da Febre Chikungunya no Estado de Goiás de 2014 a 2016 até a semana 13 (02/04/2016)
- Tabela 2: Indicadores de Hanseníase e Parâmetros – 2014 e 2015
- Tabela 3: Número de casos de HIV, razão de sexos e taxa de incidência de HIV na população geral por ano de diagnóstico. Goiás, 2014 e 2015<sup>1234</sup>
- Tabela 4: Número e taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no Sinan, por sexo e razão de sexos, segundo ano de diagnóstico. Goiás, 1984 a 2015<sup>123</sup>
- Tabela 5: Prevalência de Fatores de Risco no Brasil e em Goiás, segundo o Vigitel 2006 a 2014
- Tabela 6: Mortalidade em Goiás por Capítulo CID e Ano do Óbito – 2008 a 2013.
- Tabela 7: Tratamento Hospitalar das DAC em Goiás, segundo o DATASUS, de 2011 a 2015
- Tabela 8: Valores das Internações para Tratamento das Complicações do Diabetes no Estado de Goiás.
- Tabela 9: Taxa Bruta de Mortalidade
- Tabela 10: Óbitos por causas externas segundo sexo e tipo de causas, Goiás, 2013
- Tabela 11: Taxa de mortalidade por Neoplasia - Goiânia – 2013
- Tabela 12: Mortalidade proporcional por faixa etária em anos – 2008 e 2013.
- Tabela 13: Taxa Bruta de Natalidade – 2008 à 2012 Goiás – Região Centro Oeste – Brasil
- Tabela 14: Taxa de Mortalidade Infantil – 2008 à 2012. Goiás – Região Centro Oeste – Brasil.
- Tabela 15: Taxa de Mortalidade Infantil por faixa etária, Goiás – 2008 a 2013
- Tabela 16: Razão de Mortalidade Materna, Goiás – 2008 a 2013
- Tabela 17: Óbitos de mulheres em idade fértil – Goiás – 2008 a 2013
- Tabela 18: Razão de Exames Citopatológicos do Câncer do Colo do Útero e Mamografias de rastreamento, Goiás 2008 a 2015
- Tabela 19: Rede Estadual de Bancos de Leite Humano – BLH de Goiás, 2016
- Tabela 20: Volume em litros de leite humano no Estado de Goiás, 2015
- Tabela 21: Óbitos por Residência segundo Macrorregião de Saúde do Estado de Goiás
- Tabela 22: População Privada de Liberdade no Estado de Goiás, por Macrorregião
- Tabela 23: Demonstrativo do número de detentos, distribuído por sexo e unidade prisional no Complexo de Aparecida de Goiânia, 2015
- Tabela 24: Metas Previstas e Metas Executadas SAMU 2012
- Tabela 25: Implantação de Portas de Entrada Hospitalares da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Goiás - Metas Previstas e Executadas (2012-2015)
- Tabela 26: Leitos de Retaguarda Clínica da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Goiás - Metas Previstas e Executadas (2012-2014)
- Tabela 27: Leitos de Terapia Intensiva da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Goiás.
- Tabela 28: Demonstrativo do Número de Pessoas com Deficiência, por tipo de Deficiência, no Estado de Goiás, 2010
- Tabela 29: Doações de Órgãos e Tecidos Efetivas
- Tabela 30: Órgãos e Tecidos Captados
- Tabela 31: Valor gasto em Medicamentos do CEARF (Programa/Mandados/TCT) - Janeiro/2012 a Dezembro/2014.
- Tabela 32: Valor gasto em Medicamentos do Núcleo de Judicialização (Mandados e TCT) - Janeiro/2012 a Dezembro/2014

Tabela 33: Notificação de Incidentes e Eventos Adversos em Serviços de Saúde do Estado de Goiás

Tabela 34: Atividades desenvolvidas pelo Centro de Informação Toxicológica no período de 2011 a 2014.

Tabela 35: PQAVS (realizar, pelo menos, 90% (noventa por cento) do número de análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais)

Tabela 36: Eventos relacionados com chuvas: enchentes, alagamentos, enxurradas, inundações, deslizamentos e erosões. Goiás

Tabela 37: Principais procedimentos da Hemorrede Pública do Estado de Goiás.

Tabela 38: Evolução do nº de Leitos de Internação (Acima De 24horas) contratados após a Mudança de Gerenciamento nas Unidades da SES/GO

Tabela 39: Produção Física SIA/SUS e APAC das unidades hospitalares da SES/GO sob o Gerenciamento de Organizações Sociais anos: 2012/2013/jan a out 2015

Tabela 40: Produção Física SIH/SUS das Unidades Hospitalares da SES/GO sob o Gerenciamento de Organizações Sociais anos: 2012/2013/jan a out 2015.

Tabela 41: Valores Transferidos por Bloco de Financiamento

Tabela 42: Percentual mínimo de despesa própria do Estado com Saúde – Goiás – 2012 – 2015.

Tabela 43: Despesa total com saúde por habitante

Tabela 44: Despesas do Fundo Estadual de Saúde por subfunção - 2012 a 2015

Tabela 45: Recursos Federais do SUS – valor despendido por tipo de transferência – Goiás – 2012 – 2015.

Tabela 46: Evolução dos limites MAC por competência – valor anual - Goiás – 2012 – 2015.

Tabela 47: Distribuição dos recursos do tesouro estadual destinados à Secretaria de Estado da Saúde, liquidados, classificados por categoria econômica, desconsiderando os gastos com pessoal e encargos sociais – Goiás – 2012-2015.

Tabela 48: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2012.

Tabela 49: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2013.

Tabela 50: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2014.

Tabela 51: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2015.

Tabela 52: Rede de Ouvidoria do SUS no Estado de Goiás – Interlocações e Ouvidorias.

Tabela 53: Total de atendimentos na Rede de Ouvidoria do SUS no Estado de Goiás.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1: Salas de Apoio à Amamentação no Estado de Goiás, 2016
- Quadro 2: Doenças diagnosticadas pelo Teste do Pezinho, 2016
- Quadro 3: Demonstrativo da distribuição da população indígena por etnia, município e Estado do Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia, 2013
- Quadro 4: Implantação da Rede Cegonha no Estado de Goiás
- Quadro 5: Plano de Ação Regional – Necessidade de Leitos e Serviços a serem implantados para a Rede Cegonha na Macrorregião Centro-Oeste
- Quadro 6: Plano de Ação Regional – Necessidade de Leitos e Serviços implantados e a serem implantados para a Rede Cegonha na Macrorregião Centro Norte
- Quadro 7: Plano de Ação Regional – Necessidade de Leitos e Serviços a serem implantados para a Rede Cegonha na Macrorregião Nordeste
- Quadro 8: Necessidade de Leitos e Serviços a serem implantados para a Rede Cegonha na Macrorregião Sudoeste
- Quadro 9: Localização UPA - Unidades de Pronto Atendimento
- Quadro 10: Rede para Atendimento de Transtorno Psicossocial e Problemas Decorrentes do Uso de Drogas – Macrorregião Sudoeste
- Quadro 11: Rede para Atendimento de Transtorno Psicossocial e Problemas Decorrentes do Uso de Drogas – Macrorregião Centro-Norte
- Quadro 12: Rede para Atendimento de Transtorno Psicossocial e Problemas Decorrentes do Uso de Drogas – Macrorregião Nordeste
- Quadro 13: Rede para Atendimento de Transtorno Psicossocial e Problemas Decorrentes do Uso de Drogas – Macrorregião Centro- Oeste
- Quadro 14: Rede para Atendimento de Transtorno Psicossocial e Problemas Decorrentes do Uso de Drogas – Macrorregião Centro- Sudeste
- Quadro 15: Demonstrativo da dispensação de Bolsas Coletoras para Ostomizados no Estado de Goiás, 2014
- Quadro 16: Rede Estadual de Alta Complexidade em Nefrologia, Cardiovascular e Traumatologia – Ortopedia
- Quadro 17: Distribuição dos Serviços de Atenção Cardiovascular
- Quadro 18: Rede Estadual de Oncologia
- Quadro 19: Problemas Identificados no Programa VIGIAGUA
- Quadro 20: Unidades Assistenciais de Saúde SES-GO

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	25
1. ANÁLISE SITUACIONAL .....	26
1.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO .....	26
1.1.1 Panorama Demográfico .....	26
1.1.2 Morbidade e Mortalidade .....	31
1.1.2.1 Doenças Transmissíveis .....	31
1.1.2.1.1 Dengue .....	33
1.1.2.1.1.1 Coordenação de Dengue e outros agravos .....	35
1.1.2.1.2 Zika Vírus .....	38
1.1.2.1.3 Chikungunya.....	38
1.1.2.1.4 Microcefalia.....	39
1.1.2.1.5 Febre Amarela.....	39
1.1.2.1.6 Epizootias .....	41
1.1.2.1.7 Leishmaniose .....	42
1.1.2.1.8 Hantavirose .....	43
1.1.2.1.9 Leptospirose.....	44
1.1.2.1.10 Doença de Chagas .....	44
1.1.2.1.11 Doenças transmitidas por veiculação hídrica – DTHA .....	45
1.1.2.1.12 Hanseníase .....	45
1.1.2.1.13 HIV/AIDS.....	47
1.1.2.1.14 Sífilis.....	51
1.1.2.1.15 Hepatite viral .....	52
1.1.2.1.16 Tuberculose.....	55
1.1.2.2 Doenças não transmissíveis.....	56
1.1.2.2.1 Hipertensão arterial sistêmica.....	60
1.1.2.2.2 Diabetes .....	61
1.1.2.2.3 Sobrepeso e Obesidade – Vigilância Nutricional .....	63
1.1.2.3 Coberturas vacinais .....	64
1.1.2.4 Doenças Imunopreveníveis .....	67
1.1.2.4.1 Sarampo e Rubéola.....	67
1.1.2.4.2 Coqueluche .....	68
1.1.2.4.3 Meningite.....	68
1.1.2.4.4 Tétano Acidental.....	69
1.1.2.4.5 Síndrome Respiratória Aguda Grave .....	69
1.1.2.4.6 Varicela .....	71
1.1.2.5 Mortalidade Geral.....	72
1.1.2.5.1 Mortalidade por causas externas.....	74
1.1.2.5.2 Neoplasias.....	76
1.1.2.5.3 Mortalidade proporcional por idade .....	77
1.1.2.5.4 Mortalidade Infantil.....	77
1.1.2.5.5 Mortalidade materna.....	79
1.2 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE .....	82

1.2.1 Aspectos Socioeconômicos .....	82
1.2.1.1 Economia.....	82
1.2.1.2 Agropecuária .....	83
1.2.1.3 Indústria.....	83
1.2.1.4 Serviços .....	83
1.2.2 Condições de Vida e Saúde .....	83
1.2.3 Tecnologia e Inovação em Saúde .....	86
1.2.3.1 Estrutura física e operacional .....	88
1.2.3.2 Reorganização interna .....	88
1.2.3.3 Conecta SUS.....	89
1.2.3.4 S-RES e Sistemas DATASUS (Projeto SIGA Saúde Goiás).....	89
1.2.3.5 Telemedicina.....	89
1.2.3.6 Engenharia Clínica .....	90
1.2.3.7 Acreditação Hospitalar .....	90
1.3 ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	90
1.3.1 Regionalização e Descentralização das Ações e Serviços de Atenção à Saúde .....	90
1.3.2 Controle, Avaliação e Regulação em Saúde .....	92
1.3.3 Humanização .....	94
1.3.4 Atenção Primária à Saúde.....	96
1.3.4.1 Saúde da Mulher.....	98
1.3.4.1.1 Mortalidade Materna .....	98
1.3.4.1.2 Atenção ao Pré-Natal e Incentivo ao Parto Natural.....	99
1.3.4.1.2.1 Proporção de partos cesáreos em Goiás.....	99
1.3.4.1.2.2 Porcentagem de Nascidos Vivos de mães com 7 ou + consultas.....	102
1.3.4.1.3 Caderneta da Gestante .....	103
1.3.4.1.4 Detecção Precoce do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Goiás .....	103
1.3.4.1.6 Planejamento sexual e reprodutivo .....	106
1.3.4.2 Saúde da Criança .....	106
1.3.4.2.1 Rede Estadual de Bancos de Leite.....	109
1.3.4.2.2 Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).....	110
1.3.4.2.3 Assistência Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso - Método Canguru .....	110
1.3.4.2.4 Sala de Apoio à Amamentação .....	111
1.3.4.2.5 Cadernetas de Saúde da Criança.....	111
1.3.4.2.6 Triagem Neonatal.....	112
1.3.4.2.7 Sistema de Informação do Câncer – SISCAN.....	113
1.3.4.3 Saúde do Homem .....	115
1.3.4.4 Saúde do Adolescente.....	116
1.3.4.4.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, em Regime de Internação- PNAISARI .....	119
1.3.4.4.2 Gravidez na Adolescência.....	120

1.3.4.4.3 Situação do Programa Saúde na Escola-PSE-Goiás .....	122
1.3.4.5 Saúde Mental .....	123
1.3.4.6 Saúde das Populações em Situação de Vulnerabilidade .....	127
1.3.4.6.1 População em Situação de Rua .....	127
1.3.4.6.2 População LGBT .....	128
1.3.4.6.3 População do Campo, da Floresta e das Águas .....	128
1.3.4.6.4 População Cigana .....	129
1.3.4.6.5 População Idosa .....	130
1.3.4.6.6 População Privada de Liberdade .....	131
1.3.4.6.7 População Negra .....	133
1.3.4.6.8 População Indígena .....	134
1.3.4.6.9 Pessoas com Doenças Raras .....	136
1.3.5 Saúde Bucal .....	136
1.3.6 Média e Alta Complexidade .....	139
1.3.6.1 Equipamentos Médicos .....	140
1.3.6.2 Programação Pactuada Integrada e Sistemas de Produção da Média e Alta Complexidade .....	140
1.3.7 Redes de Atenção à Saúde .....	140
1.3.7.1 Rede Cegonha .....	141
1.3.7.2 Rede de Urgências e Emergências – RUE no Estado de Goiás .....	145
1.3.7.3 Rede de Atenção Psicossocial .....	151
1.3.7.4 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências .....	156
1.3.7.5 Rede de Cuidado à Pessoa com Doença Crônica não Transmissível ..	158
1.3.7.5.1 Doença Renocardiovasculares .....	158
1.3.7.5.2 Sobrepeso e Obesidade .....	163
1.3.7.5.3 Doenças Respiratórias .....	163
1.3.7.5.4 Oncologia .....	163
1.3.8 Transplante .....	166
1.3.9 Assistência Farmacêutica .....	168
1.3.9.1 Financiamento da Assistência Farmacêutica .....	169
1.3.9.1.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF .....	170
1.3.9.1.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – CESAF ..	170
1.3.9.1.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF .	171
1.3.9.1.3.1 Judicialização .....	172
1.3.9.2 Medicamentos para Infecções Oportunistas .....	173
1.3.9.3 Medicamentos Oncológicos .....	173
1.3.10 Vigilância Sanitária .....	173
1.3.10.1 Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde .....	173
1.3.10.2 Fiscalização de Serviços de Saúde, Segurança do Paciente e Controle de Infecção em Serviços de Saúde .....	174
1.3.10.3. Monitoramento e Fiscalização de Radiação Ionizante .....	176
1.3.10.4. Monitoramento e Fiscalização de Serviços de Interesse a Saúde ....	177
1.3.10.5. Centro de Informação Toxicológica .....	178
1.3.10.6. Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços .....	179

1.3.10.7. Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador .....	182
1.3.10.7.1. Vigilância em Saúde Ambiental.....	182
1.3.10.7.1.1. Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - Vigiagua.....	182
1.3.10.7.1.2. Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado e a Poluentes Atmosféricos - Vigisolo/Vigiar.....	183
1.3.10.7.1.3. Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos no Estado.....	184
1.3.10.7.1.4. Programa de Vigilância Relacionada aos Riscos Decorrentes de Desastres Naturais .....	184
1.3.10.7.1.5. Vigilância Ambiental de Vetores.....	186
1.3.10.7.2. Saúde do Trabalhador .....	188
1.3.10.8 Laboratório Central de Goiás .....	190
1.4 GESTÃO EM SAÚDE .....	192
1.4.1 Organização Administrativa da SES.....	192
1.4.1.1 Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde – SCAGES .....	193
1.4.1.1.1 Unidades próprias em Gestão Direta .....	196
1.4.2 Contratos de Gestão das Unidades Hospitalares - OS's.....	200
1.4.2.1 Conflitos e desafios enfrentados na contratação de terceiros.....	200
1.4.2.2 A situação atual das Organizações Sociais .....	201
1.4.2.3 Do monitoramento da execução dos Contratos de Gestão .....	205
1.4.3 A Gestão da Educação na Saúde.....	206
1.4.4 Planejamento .....	210
1.4.5 A Gestão do Trabalho – desafios ao campo das relações de trabalho .....	211
1.4.5.1 Processo de Gestão de Pessoas e Quadro de Pessoal da SES .....	213
1.4.6 Financiamento .....	214
1.4.6.1 Transferências Voluntárias.....	222
1.4.7 Processos de Trabalho Intra e Interinstitucional.....	222
1.4.8 Participação e Controle Social.....	224
1.4.8.1 Ouvidoria do SUS .....	224
1.4.8.2 Conselho Estadual de Saúde .....	226
1.4.8.2.1 A Situação das Conferências de Saúde no Estado de Goiás .....	227
1.4.9 Consórcios Públicos .....	234
1.4.10 Série Histórica dos indicadores pactuados do SISPACTO 2012 a 2015 ...	236
2. OBJETIVO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE.....	238
3. EIXO, DIRETRIZES E METAS .....	239
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....	243



## APRESENTAÇÃO

O presente Plano tem por finalidade orientar a Gestão do SUS no Estado de Goiás, no período de 2016 a 2019.

O plano apresenta o diagnóstico situacional dos principais problemas do setor, transitando nos três níveis de Atenção: Primária, Secundária e Terciária; analisando os pontos mais críticos apresentados no Mapa da Saúde do Estado, tendo como eixo norteador os princípios do SUS, da equidade, integralidade, da garantia do acesso e da regionalização.

A construção deste instrumento contou com a participação efetiva de técnicos do Conselho Estadual de Saúde, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de Goiás (COSEMS), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das Superintendências da SES, que buscaram elaborar critérios que abrangessem a discussão e levantamento das reais necessidades em saúde no Estado de Goiás.

O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.

Considerando o que é definido na Portaria MS 2.135/2013 em seu Artigo 3º, § 2º “o Plano de Saúde observará os prazos do Plano Plurianual (PPA), conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados” e o § 7º, “O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde”, entretanto há um desencontro de datas, pois a Constituição do Estado de Goiás cita em seu Artigo 110-A, Inciso I, que “o projeto do plano plurianual será enviado até 31 de agosto e devolvido até 15 de dezembro do primeiro ano do mandato do Governador, salvo no caso de sua reeleição, quando o prazo de envio para a Assembleia esgotará em 30 de abril” e as Conferências Estadual e Nacional de Saúde acontecem em novembro e dezembro do referido período.

Assim, este trabalho foi desenvolvido nas seguintes etapas:

**1ª etapa:** Elaboração das diretrizes, objetivos e metas parciais de acordo com a análise dos técnicos da SES e das propostas constantes no Plano de Governo até o dia 30/04/2015;

**2ª etapa:** Discussão das demandas nas 18 Regiões de Saúde do Estado entre os meses de maio a setembro de 2015, através das Conferências de Saúde, e em atendimento a Resolução nº 01/2015 do Conselho Estadual de Saúde;

**3ª etapa:** Análise das metas do Plano 2012-2015 foi compatibilizada com o Plano Estadual 2016-2019, onde foram incluídas as metas não atingidas. Das 379 metas propostas no plano anterior foram reduzidas para 53 metas no plano atual.

**4ª etapa:** Finalização do documento com a inclusão de prioridades e diretrizes parciais das Conferências Estadual e Nacional de Saúde, visto que estas ainda não haviam sido consolidadas na época de encaminhamento deste documento ao Conselho Estadual de Saúde. Ainda compatibilizaram-se as metas com o Plano Plurianual.

## 1. ANÁLISE SITUACIONAL

### 1.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

#### 1.1.1 Panorama Demográfico

O Estado de Goiás situa-se na Região Centro-Oeste do País, ocupando uma área de 340.086 km<sup>2</sup>. Sétimo estado em extensão territorial, Goiás tem posição geográfica privilegiada. Limita-se ao norte com o Estado do Tocantins, ao sul com Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, a leste com a Bahia e Minas Gerais e a oeste com o Mato Grosso.

Possui 246 municípios e uma população estimada em 2015, segundo o IBGE, de 6.610.681 habitantes ante 6.003.788 habitantes em 2010, um incremento de aproximadamente 10,11%. Além da capital, estão entre as cidades mais populosas do estado e com mais de 100.000 habitantes: Aparecida de Goiânia, Anápolis, Rio Verde, Luziânia, Águas Lindas de Goiás, Valparaíso de Goiás, Trindade, Formosa, Novo Gama, Itumbiara e Senador Canedo.

A densidade demográfica é de 17,6 habitantes por km<sup>2</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Estadual é de 0,8, ocupando o 9º lugar no ranking nacional e o analfabetismo atingem 8,6% da população.

A composição étnica da população goiana é a seguinte:

Pardos: 50,9%. Brancos: 43,6%. Negros: 5,3% Indígenas: 0,2%.

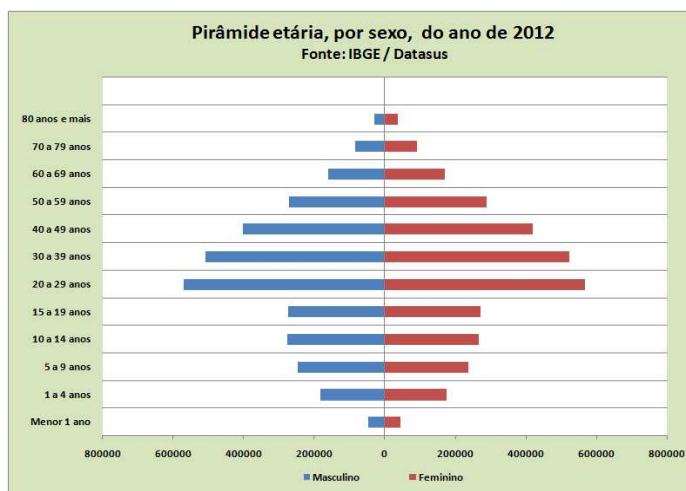
No Estado, mais de 90% residem na área urbana (a taxa média brasileira é de 84%). Isso faz com que Goiás ocupe a 4ª posição no ranking de urbanização perdendo somente para os grandes centros urbanos do país.

A taxa média de crescimento populacional do Estado entre os anos 2010 e 2012 foi de 1,25%.

As mudanças demográficas observadas nos últimos anos, como o aumento da expectativa de vida e a queda do número de nascimentos, apontam para o aumento do número de idosos, o que tende a ampliar as demandas por saúde.

O estudo denominado “Análise sócio-espacial dos idosos em Goiás”, realizado pelo Instituto “Mauro Borges” (IMB), ligado à Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento, demonstra que a população idosa (a partir de 65 anos) em Goiás, é de 375.788, sendo 178.699 homens e 197.089 mulheres. As projeções para o ano de 2030 são que esta população chegará a 880.724, sendo 395.403 homens e 485.321 mulheres. Os números servem de referência com vistas à formulação de políticas públicas para este segmento da população, destacando a preocupação com a assistência às pessoas idosas – Figura 2.

**Figura 1: Pirâmide etária, por sexo, do ano de 2012.**

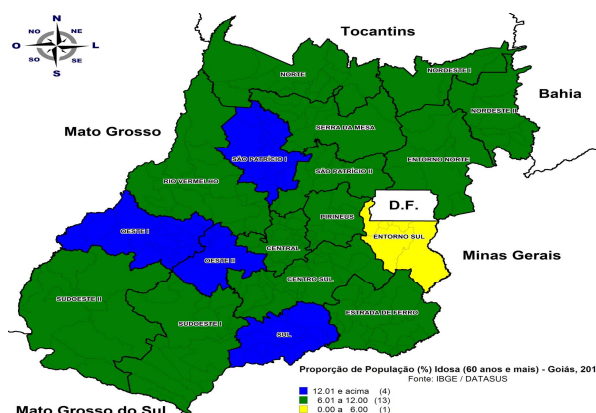


Fonte: Instituto Mauro Borges - IMB.

O estudo também indica que o processo de aceleração do envelhecimento em Goiás foi bastante acentuado nas seis últimas décadas. Em 1950 havia a proporção de 5,8 idosos para cada grupo de 100 crianças. Em 2010, a proporção registrada foi de 30 para 100. Alguns fatores, segundo os pesquisadores, tiveram um peso importante para a configuração deste quadro, dentre eles, a redução da taxa bruta de natalidade (número de nascidos vivos por mil habitantes), que caiu de 47 para 14,5, de 1950 para 2010, e da mortalidade (total de óbitos por mil habitantes), que caiu de 32,5 para 6,4 no mesmo período. “A diminuição da mortalidade, notada a partir das décadas de 40 e 50, é decorrente, dentre outros fatores: dos avanços na medicina e no saneamento básico; do deslocamento da população do campo para cidades e do conseqüente acesso às bens e serviços oferecidos pelo ambiente urbano”, destaca o estudo.

A distribuição da população idosa no estado de Goiás concentra-se, em sua maioria, nas Regiões: Sul, Oeste I, Oeste II e São Patrício I, apresentando um percentual acima de 12% do total da população de cada região – Figura 2.

**Figura 2: Proporção da população idosa do Estado de Goiás, por região, 2012.**



Fonte: Instituto Mauro Borges - IMB.

Com as alterações na composição demográfica, os investimentos públicos

devem sofrer um redirecionamento. A criação, a implantação e a readequação de programas sociais e econômicos devem levar em conta a nova estrutura etária da população para alcançarem eficácia. Não apenas o setor público deve se moldar a esta transformação, mas o mercado em seus diversos setores – do turismo ao automobilismo – deve se adaptar às futuras exigências e às novas necessidades que passarão a nortear o consumo.

A taxa de fecundidade – número médio de filhos que uma mulher teria dentro do seu período fértil – das brasileiras caiu entre 2000 e 2010, principalmente nos grupos etários mais jovens, segundo dados do Censo Demográfico de 2010, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conforme o levantamento, as mulheres com maior grau de instrução e renda têm menos filhos. Traduzindo em números, em 1960, tinha-se uma projeção de 6,77 filhos por mulher, já em 1980, foi para 4,73; no ano de 2000, caiu para 2,24 e, no ano de 2010, caiu novamente, ficando em 1,86.

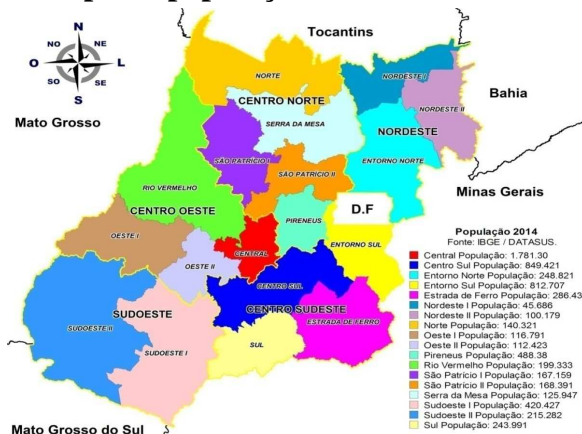
“Em 50 anos, o número médio de filhos por mulher em idade fértil (15 a 49 anos) reduziu mais de 70%, o que equivale a quase cinco filhos a menos neste período. A fecundidade em 1,86 está abaixo da taxa de reposição (2,1 filhos por mulher), de modo que além de não repor habitantes mediante novos nascimentos, haverá participação das pessoas nas faixas etárias mais elevadas - o processo de envelhecimento pela base” detalha os pesquisadores.

**Regionais de Saúde:**

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás (PDR) organizou o espaço territorial em 18 Regiões de Saúde, formadas conforme previsto nos Princípios Organizativos do Sistema Único de Saúde, agrupadas em 05 Macrorregiões de Saúde, constituídas em uma ótica sanitária de níveis de atendimento às necessidades de saúde da população, que são: Central, Centro Sul, Entorno Norte, Entorno Sul, Estrada de Ferro, Nordeste I, Nordeste II, Norte, Oeste I, Oeste II, Pirineus, Rio Vermelho, São Patrício I, São Patrício II, Serra da Mesa, Sudoeste I, Sudoeste II e Sul - Figura 3.

Destacam-se as regiões mais populosas, por ordem decrescente: Central, Centro Sul e Entorno Sul. Estas três regiões somam quase 50% de toda a população de Goiás, apresentando um alto índice de densidade demográfica.

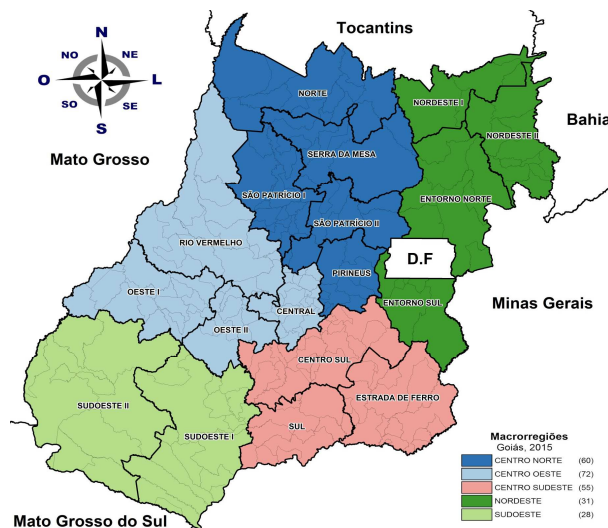
**Figura 3: Mapa da população do Estado de Goiás por região.**



Fonte: IBGE - Estimativas de população.

Conforme demonstra a Figura 4, além da divisão por região, o Estado de Goiás conta com cinco grandes macrorregiões (Centro Norte, Centro Oeste, Centro Sudeste, Nordeste e Sudoeste). Essa proposta de regionalização tem como critérios os aspectos populacionais e da densidade demográfica.

**Figura 4: Mapa da população do Estado de Goiás por macrorregião.**



**Fonte: IBGE - Estimativas de população.**

Para garantir resposta eficaz e eficiente das funções gestoras do Sistema Único de Saúde - SUS em seu território, o Estado de Goiás optou por implantar 18 unidades técnicas administrativas desconcentradas, ratificando, na organização administrativa, o princípio da descentralização do sistema. Essas unidades são constituídas por coordenações que desempenham as funções das diversas Superintendências da SES-GO no território: Apoio Administrativo, Atenção à Saúde, Controle, Avaliação e Regulação, Informação em Saúde, Planejamento e Gestão, Vigilância em Saúde. Tais unidades são nominadas pela denominação da região de saúde acrescida do nome do município onde se localiza sua sede (ex. Regional de Saúde Central – Goiânia).

À Regional de Saúde cabe desenvolver capacidade necessária para apoiar tecnicamente o município em todas as áreas que impactam direta ou indiretamente a saúde da população e para influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com qualidade, o desenvolvimento e fortalecimento da governança interfederativa, do planejamento regional em saúde ascendente, integrado, articulado e participativo (art. 15 do Decreto nº 7.508/2011).

**Articulação Interfederativa**

No escopo regional, a Regional de Saúde atua coordenando a relação interinstitucional apoiando os processos nas Comissões Intergestores Regionais – CIR, concernentes às questões técnicas, políticas e operacionais. Além disso, contribui por

meio da articulação interfederativa e regional, no desenvolvimento do modelo de regionalização e de critérios de financiamento da saúde considerando as especificidades regionais, como estratégia de descentralização. Participando efetivamente na condução de planos, projetos ou políticas interfederativas desenvolvidas para as regiões.

E para desenvolver suas competências precisamos vencer desafios quanto às fragilidades estruturais e técnicas, que compõem o primeiro degrau para preparar essas unidades a saírem do patamar de unidades desconcentradas para unidades descentralizadas, que apresentamos abaixo:

### **Situação atual das Regionais de Saúde.**

#### **Imóveis:**

##### **Quanto a propriedade:**

- **Próprios – 09** (prédios antigos; sem manutenções preventivas e corretivas ao longo do tempo; instalações inadequadas);
- **Locados – 06** (dificuldades na gestão dos contratos; dificuldades de mudanças estruturais, manutenções, adequações e ampliações; instalações inadequadas);
- **Cedidos – 03** (situação precária pela falta de documentação e cessão dos imóveis; instalações inadequadas).

##### **Quanto a estrutura:**

- **Áreas exíguas** (espaços pequenos, restritos e limitados diante das atuais e crescentes demandas, tanto do nível central quanto dos municípios);
- **Instalações precárias** (infraestrutura e estrutura sem manutenção periódica);

##### **Quanto a localização:**

- **Prédios em locais inadequados** (dificuldade de acesso para servidores e clientes).

#### **Recursos Humanos**

- ✓ Déficit de servidores (quantidade e qualidade);
- ✓ Má distribuição pelas unidades (regionais com muitos servidores outras com insuficiência);
- ✓ Déficit de profissionais com formações específicas (em farmácia, veterinária, administração, informática, etc...);
- ✓ Grande parte dos servidores entrando na faixa apta à aposentadoria;
- ✓ Baixa qualificação (profissional e técnica);
- ✓ Dificuldade de gestão de pessoal, tanto no nível central quanto nas unidades regionais.

#### **Frota**

- Déficit de veículos (quantidade e tipo de veículos);
- Dificuldade de manutenção dos veículos;
- Sucateamento da frota.

### Processos (Procedimentos)

- Regionais não participam do processo de tomada de decisão das políticas e programas de saúde;
- Fluxo de informações e ações (nível central/município) sem a participação da regional;
- Afastamento de setores do nível central com as regionais relacionadas as suas ações e atividades (falta de orientação e demandas aos setores regionais; definição do papel das regionais ligadas a esses setores ausentes);
- Falta de comunicação (nível central/município), gerando conflito de agendas e sobrepondo ações;
- Falta de entendimento das áreas técnicas do nível central de que as Regionais de Saúde são a representação de cada setor da SES-GO na região sanitária;
- Ausência de política de qualificação permanente dos servidores regionais, sobretudo nas áreas de planejamento e gestão das regionais, bem como relacionadas à articulação interfederativa (capacidade de interlocução com municípios e outras instituições).

### Governança Regional

“Governança é a maneira pela qual o **poder é exercido** na administração dos recursos sociais e econômicos de uma região visando o desenvolvimento, e a capacidade dos governos de **planejar, formular e programar políticas e cumprir funções**”. Adaptação do conceito do Banco Mundial.

- Déficit de serviços de saúde nas regiões sanitárias;
- Baixa qualidade nos serviços ofertados;
- Alto custo do setor saúde;
- Dificuldade de acesso a serviços e tecnologia pelos municípios do interior;
- Escassez de profissionais de saúde nas regiões sanitárias;
- Sobrecarga dos serviços nos municípios ofertantes.

## 1.1.2 Morbidade e Mortalidade

### 1.1.2.1 Doenças Transmissíveis

As doenças transmissíveis continuam sendo um importante problema de saúde pública no Estado, considerando o impacto da mesma sobre a morbidade e a mortalidade que ocasionam na população em geral. Em 2015 (dados preliminares) foram registrados 1.879 óbitos pelo conjunto das doenças infecciosas e parasitárias, que embora representem a 7ª causa de morte no Estado geram um importante impacto econômico e social especialmente em situações de epidemias.

Em 23 de novembro de 2004 foi instituído, através da Portaria nº 2.529/GM/MS da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. Na época, formado por uma Rede Nacional constituída por 190 Núcleos de Vigilância Epidemiológica

Hospitalar (NVEH) de referência no Brasil. O Estado de Goiás foi contemplado com seis NVEH de referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE).

Atualmente, o Estado conta com 12 NVEH localizados nos seguintes Hospitais: Centro Médico Serafim de Carvalho, Hospital de Urgência da Região Centro Oeste (HURSO), Hospital Jamel Cecílio, Hospital de Doenças Tropicais Anuar Auad (HDT/HAA), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), Hospital Materno Infantil (HMI), Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia (HUAPA) e Hospital Estadual Ernestina Lopes de Pirenópolis, e Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL).

Os NVEH devem ser monitorados e assessorados pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (CVEH), subordinado a Gerência de Vigilância Epidemiológica/ Superintendência de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (GVE/ SUVISA/ SES-GO).

Atualmente a Portaria em vigor, é a nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, que regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos e estratégicos de vigilância, sendo que Art. 18, inciso I da portaria nº 1.378/GM/MS, de 09 de julho de 2013, define critérios de financiamento, monitoramento e avaliação.

No final de 2015, verificou-se como pontos fortes a maior participação dos NVEH nas capacitações, oficinas e reuniões, constatada através das listas de presenças; a integração da CVEH com as demais Coordenações da GVE/ SUVISA/ SES-GO, pelas pautas de reuniões; a interação da CVEH com os NVEH, pelo fluxo constante de informações entre as partes; a melhora na estruturação do sistema de informação dos NVEH com a implantação do SINAN nos 10 NVEH, apesar de outros dois NVEH estarem em processo de implantação; o aumento no número de notificações de doenças, agravos e eventos de saúde pública, possivelmente decorrente de fatores como realização de capacitações, monitoramento constante, orientações, entre outros; e o aprimoramento do processo de assessoria da CVEH, pelo aumento do número de boletins epidemiológicos emitidos pelos NVEH, *feedbacks* positivos, cumprimento das metas dependentes da CVEH.

Identificou-se que os NVEH possuem alguns pontos frágeis observados através de: déficit de recursos humanos, de visitas técnicas, número de buscas ativas e passivas em registros de pacientes, relato dos profissionais do Núcleo; o acúmulo de funções de alguns coordenadores; relato dos mesmos; o baixo nível de valorização do NVEH em algumas gestões hospitalares; relatado pela maioria dos Núcleos; a dificuldade de liberação do recurso financeiro, oriundo do Tesouro Nacional, destinado aos NVEH; a falta de sistema informatizado robusto e padronizado para o gerenciamento das atividades do setor, com o objetivo de otimizar os registros de produtividade, a emissão e envio de relatórios as esferas municipais, regional e estadual.

Em relação à CVEH, os pontos frágeis identificados foram: ausência de *softwares* atualizados e robustos para gerenciamento de bancos de dados, de tamanhos grandes e de extensões usuais (i.e. Database File); falta de sistema informatizado robusto e padronizado para o gerenciamento das atividades do setor; e déficit de recursos humanos.



Desse modo, para melhoria contínua do serviço de monitoramento e assessoria da CVEH aos NVEH, são propostas as seguintes ações para 2016 a 2019: elaboração de indicadores de qualidade do serviço da CVEH, nas dimensões de estrutura, como dimensionamento de pessoas, estrutura física, mobiliário, equipamentos, entre outros; de processo de trabalho, como Procedimentos Operacionais Padrão (POP), protocolos, fluxogramas, entre outros; e de resultados esperados, como emissão de boletins informativos, consolidação de relatórios semestrais e anuais. Também se faz necessário o aperfeiçoamento dos indicadores já existentes; implantação de um sistema de gestão da qualidade; e revisão dos indicadores de desempenho dos NVEH.

Outra importante ação para otimizar e padronizar os serviços da CVEH, é manter a continuidade no desenvolvimento do Sistema Integrado de Vigilância em Saúde (SIVIS), com sua implantação prevista para o mês de julho de 2016, isso poderia amenizar o déficit de recursos humanos relacionado as demandas do serviço, diminuir a ocorrência de inconsistência dos dados, facilitar a análise das informações, entre outras.

#### 1.1.2.1.1 Dengue

A Dengue é uma doença em franca expansão no Brasil e em Goiás. Especialmente nos últimos 05 anos (2011-2015), observa-se um crescimento dos casos, com uma média anual de 110.790 casos notificados, sendo que, em 2015, foi registrada a maior epidemia desde a reintrodução da doença no Estado (1994), ocorrendo 189.421 casos com 93 óbitos confirmados e 21 óbitos em investigação. Já em 2016 até a semana epidemiológica 13 (02/04/2016), registrou-se o aumento do número de casos de 15,81% em relação ao mesmo período de 2015, sendo notificados 88.858 casos suspeitos de dengue.

Alguns fatores podem contribuir para esse aumento de casos (15,81%), entre os quais a presença do *Aedes aegypti* em todos os municípios goianos, devido os locais em condições favoráveis para a proliferação do mosquito tanto no período de chuva quanto de seca e a circulação simultânea de vírus (DENV 1, DENV 2 e DENV 4). O conjunto desses fatores faz com que vários municípios apresentem registros da doença durante o ano todo e o registro de casos acima do esperado, inclusive casos graves e óbitos.

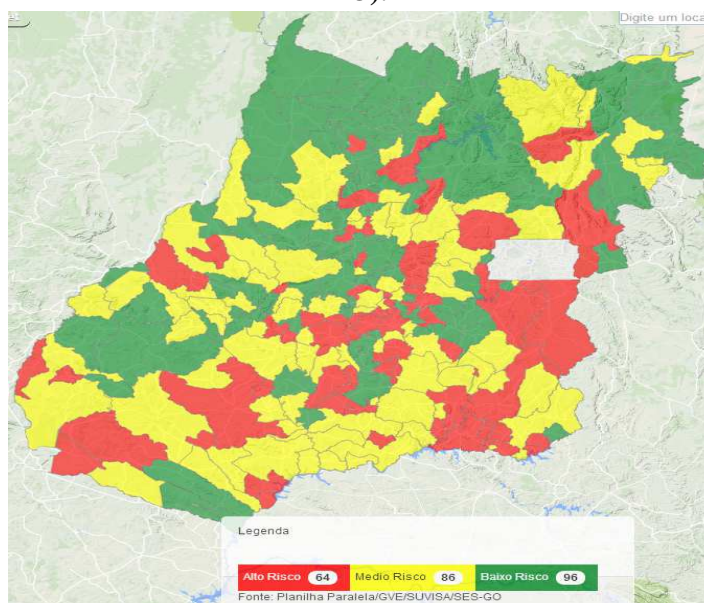
Em 2014, o Brasil começou a adotar a nova classificação de casos de dengue da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo estes atualmente classificados como dengue, dengue com sinais de alarme e dengue grave, anteriormente adotavam-se as seguintes classificações: febre hemorrágica da dengue (FHD), síndrome do choque da dengue (SCD) e dengue com complicações (DCC).

Em 2016 (até SE 13), foram confirmados no Estado 19.790 casos de dengue, 32 casos de dengue com sinais de alarme em investigação e 25 casos graves.

Houve também o registro de 43 óbitos suspeitos que estão em investigação e 05 óbitos confirmados. A análise das incidências (número de casos/100 mil hab.) acumulada das últimas 04 semanas epidemiológicas de início dos sintomas demonstra a classificação de risco para a ocorrência de epidemias de dengue. São utilizadas 04 classificações: município não informante (não informa casos por 04 semanas consecutivas), baixo risco (incidência até 99 casos/100 mil hab.), médio risco

(incidência de 100 a 299 casos/100 mil hab.) e alto risco (incidência igual ou acima de 300 casos/100 mil hab.). O Estado de Goiás até a semana epidemiológica 13 não possuía municípios não informantes, 96 municípios em baixo risco, 86 municípios em médio risco e 64 municípios em alto risco, conforme Figura 5.

**Figura 5: Mapa de Incidência da Dengue do Estado de Goiás, 2016 (SE 10 a SE 13).**



**Fonte: Planilha GVE/SUVISA/SES-GO.**

A presença do *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da doença, foi detectada em todos os municípios de Goiás e em 134 deles foi registrada a transmissão de dengue. A circulação de três sorotipos DENV 1, DENV 2 e DENV 4 estão confirmadas no Estado e o mais prevalente foi o DENV 1, detectado em 71% das amostras positivas.

O Controle Ambiental de Vetores é campo importante da saúde pública no enfrentamento de doenças como a Dengue, tornando-se necessário conscientizar e responsabilizar os gestores quanto à importância de medidas de prevenção. Investimentos consideráveis como a aquisição de equipamentos para o controle químico, renovação da frota de veículos e reformas estruturais de Central de UBV (Ultra Baixo Volume), permitiram o desenvolvimento de ações de controle ambiental de vetores em todos os municípios goianos priorizados conforme situação epidemiológica e entomológica.

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás desenvolve um projeto de decisão estratégica e política, que pretende contornar e eliminar os obstáculos na busca do status de “AEDES ZERO” no Estado de Goiás com o objetivo de apoiar os municípios na realização de visitas para eliminar criadouros e focos do vetor; ações de informação, educação, comunicação e mobilização dos diversos atores no combate ao vetor; incentivo à execução de projetos de saneamento básico para os centros urbanos; georreferenciamento dos resultados das ações de campo e estratégias de monitoramento e análise dos resultados das ações.

#### 1.1.2.1.1.1 Coordenação de Dengue e outros agravos

A criação do SUS foi estabelecida com os princípios de universalidade, integralidade e a equidade da atenção em saúde. Determina uma nova concepção da saúde, não tão somente a ausência de doença, mas qualidade de vida do ser humano. Portanto, considerando que em diversos estados brasileiros circulam os quatro sorotipos de dengue, além do vírus zika e chikungunya, todos transmitidos pelo mosquito Aedes, apresentam altos índices de infestação no Estado. O fortalecimento de estratégias que colaborem com a integração entre as áreas de prevenção, controle e rede assistencial, no atual momento, torna-se imprescindível. Uma importante área de atuação encontra-se na atenção básica.

Em Goiás, os trabalhos foram intensificados em 2010, após o primeiro grande surto epidêmico de dengue, contudo em 2015, iniciaram-se as políticas epidemiológicas de análise de indicadores com os quais foram implantadas modelos de vigilância e assistências em saúde para dengue. Classificam-se hoje inúmeras ações realizadas junto as 18 Regionais de Saúde, tais como: Cursos, capacitações e apoio institucional as unidades de saúde e a gestores municipais através de reuniões e da elaboração de planejamento estratégico para as mesmas, efetivando o Apoio Institucional. Além dos 246 municípios, onde alguma ação em saúde foi realizada.

Promover atenção especial ao paciente com suspeita ou em tratamento por Dengue, bem como atualizar as equipes que atuam nas unidades de saúde quanto ao protocolo de atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde, em especial aos médicos e enfermeiros, é um dos objetivos principais dessa coordenação, por se tratar dos profissionais que participam ativamente no atendimento ao usuário SUS. Capacitações foram realizadas com os profissionais, em vários encontros em 2015, como também, capacitação in loco nos 07 municípios residentes dos óbitos por Dengue e 100% dos municípios da RS São Patrício I em parceria com a equipe dessa regional, servindo como laboratório desse projeto. Em 2016 foi reativado o projeto “Capacitação in loco nas Unidades de Atenção Primária em Saúde em parceria com a SUVISA”, iniciado em Anápolis onde 55 equipes foram visitadas pela equipe técnica dessa coordenação, totalizando 158 equipes de saúde visitadas no Estado.

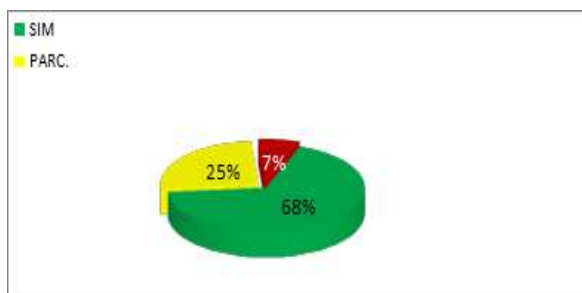
A coordenação de dengue e outros agravos centraliza sua atenção em planejar e melhorar a assistência em saúde ao usuário SUS nas Unidades de Atenção Primária a Saúde, na intenção de reduzir os agravamentos e óbitos por Dengue e outras doenças. Baseado nessa necessidade foi criado, no novo organograma organizacional, a Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde - SPAIS a qual criou e implantou a coordenação de dengue e outros agravos.

#### **Principais dificuldades identificadas na Coordenação Dengue e outros agravos:**

- Recursos humanos reduzidos;
- Rotatividade dos profissionais na atenção básica, possivelmente pela precarização do vínculo.

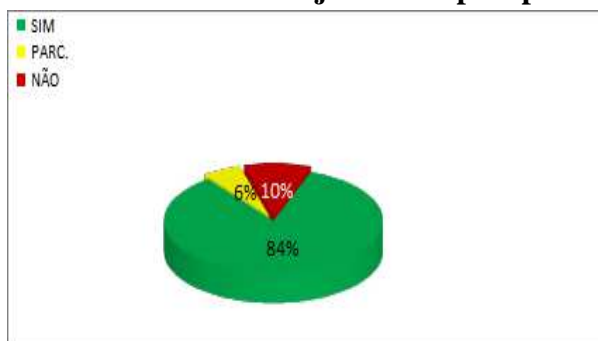
#### **Análises das atividades desenvolvidas em todo Estado desde 2015:**

**Gráfico 1: Fluxograma de Classificação de Risco disponível nas unidades de saúde.**



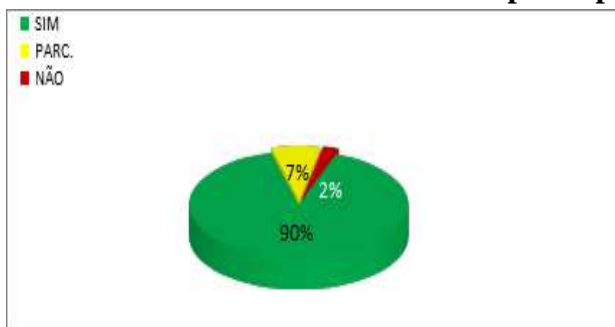
Fonte: Coordenação de Dengue e outros Agravos/Gerência de Atenção à Saúde/SPAIS.

**Gráfico 2: Acesso ao manual de Manejo Clínico pelo profissional de saúde.**



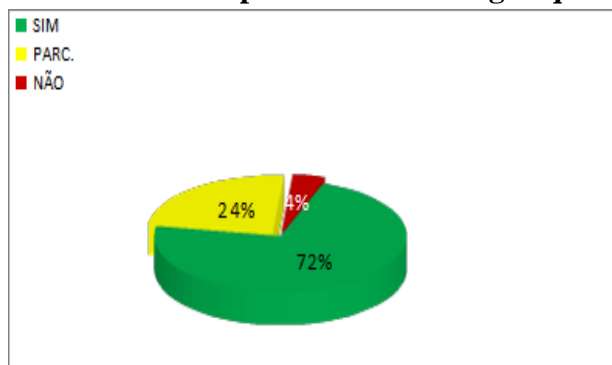
Fonte: Coordenação de Dengue e outros Agravos/Gerência de Atenção à Saúde/SPAIS.

**Gráfico 3: Encaminhamento dos ACS dos casos suspeitos para notificação.**



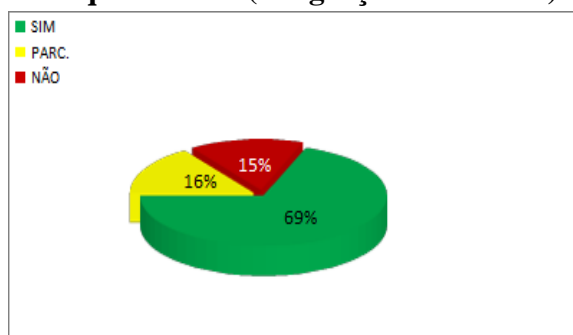
Fonte: Coordenação de Dengue e outros Agravos/Gerência de Atenção à Saúde/SPAIS.

**Gráfico 4: Visitas dos ACS aos pacientes com dengue que receberam alta.**



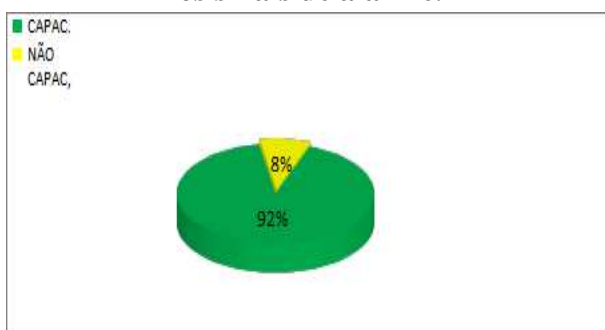
Fonte: Coordenação de Dengue e outros Agravos/Gerência de Atenção à Saúde/SPAIS.

**Gráfico 5: Vistoria dos ACS no domicílio e peridomicílio possíveis de criadouro do mosquito Aedes (integração ACS/ACE).**



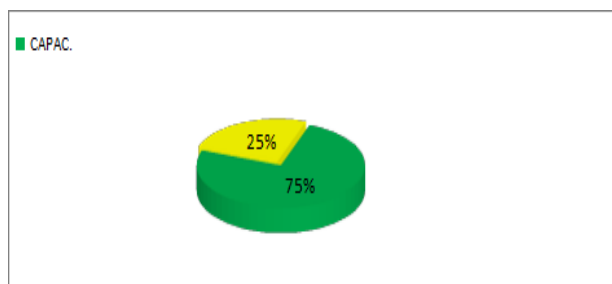
Fonte: Coordenação de Dengue e outros Agravos/Gerência de Atenção à Saúde/SPAIS.

**Gráfico 6: ACS capacitados em identificar casos suspeitos de Dengue e reconhecer os sinais de alarme.**



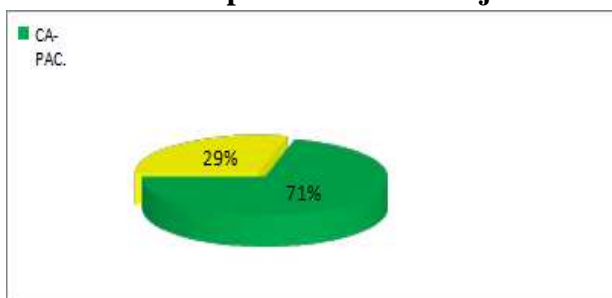
Fonte: Coordenação de Dengue e outros Agravos/Gerência de Atenção à Saúde/SPAIS.

**Gráfico 7: Profissionais enfermeiros capacitados no manejo clínico de Dengue 2015.**



Fonte: Coordenação de Dengue e outros Agravos/Gerência de Atenção à Saúde/SPAIS.

**Gráfico 8: Profissionais médicos capacitados no manejo clínico de Dengue 2015.**



Fonte: Coordenação de Dengue e outros Agravos/Gerência de Atenção à Saúde/SPAIS.

Referências: Decreto Numerado nº 8.500, de 09 de dezembro de 2015; Portaria N 166/2015-GAB/SES.

### 1.1.2.1.2 Zika Vírus

O primeiro caso de Febre do Zika vírus confirmado em Goiás ocorreu no município de Goiânia, SE 48/2015. O resultado positivo foi dado pelo Laboratório Central de Goiás- LACEN-GO. No entanto, o primeiro caso divulgado, em 17 de dezembro de 2015, foi de Santo Antônio do Descoberto e o resultado positivo foi dado pelo Laboratório Central do Distrito Federal - LACEN-DF em decorrência da proximidade da cidade com a capital federal. Posteriormente o município de Goiânia confirmou mais 03 casos ocorridos no Setor Sul entre os pacientes, um idoso de 82 anos. Após a confirmação dos casos os municípios de Caldas Novas, Rio Verde e Trindade também confirmaram autoctonia (quando há registros de casos sem os pacientes terem ocorrência de viagens) para o vírus Zika.

Atualmente, Goiás possui vários casos suspeitos de Zika vírus dispersos pelo território, no entanto, apenas os municípios de: Água Limpa, Aparecida de Goiânia, Bela Vista de Goiás, Caldas Novas, Campinorte, Corumbáiba, Goiânia, Goianira, Guapó, Iporá, Itumbiara, Nazário, Novo Gama, Quirinópolis, Santa Rita do Araguaia, Santo Antônio de Goiás, Trindade e Uruaçu possuem casos com confirmação laboratorial.

Até a SE 13/2016 foram notificados 942 casos suspeitos, sendo 40 descartados, 107 confirmados e 772 em investigação. Do total de casos confirmados, 56 de pacientes gestantes (52,33%).

A primeira paciente gestante diagnosticada laboratorialmente com Zika vírus já teve o seu parto realizado e a criança nasceu sem a ocorrência de microcefalia.

### 1.1.2.1.3 Chikungunya

Em 2014 foram registrados 58 casos, sendo 05 confirmados (casos importados da República Dominicana, Guiana Francesa, Caribe, Colômbia e Amapá), 34 foram descartados e 09 aguardam resultados de exames para encerramento. Em 2015 foram registrados 153 casos, sendo 01 confirmado (viagem para Aracaju), 98 descartados e 05 aguardam resultados de exames para conclusão e encerramento. Até o momento não há registros de casos autóctones, por esse motivo não se pode afirmar sobre a circulação desse vírus no território goiano.

**Tabela 1 - Perfil epidemiológico da Febre Chikungunya no Estado de Goiás de 2014 a 2016 até a semana 13 (02/04/2016).**

Ano	Casos Notificados	Casos Confirmados	Casos Descartados	Casos em Investigação	Casos Inconclusivos
2014	58	05	34	10	09
2015	153	01	98	05	49
2016	142	02	25	98	17

Fonte: SINAN NET e Planilha paralela SUVISA/GVE/Coordenação Estadual de Controle da Dengue e Febre Chikungunya e Zika.

#### 1.1.2.1.4 Microcefalia

A microcefalia relacionada ao vírus Zika é uma doença nova que está sendo descrita pela primeira vez na história e com base no surto que está ocorrendo no Brasil. No entanto, caracteriza-se pela ocorrência de microcefalia com ou sem outras alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) em crianças cuja mãe tenha histórico de infecção pelo vírus Zika na gestação.

Foram registrados na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, no período de 23 de novembro de 2015 a 06 de abril de 2016, por meio da plataforma Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP) 227 casos, sendo 121 recém-nascidos (RN) com microcefalia, 97 gestantes com doença exantemática e 09 casos que não atendem aos critérios do Ministério da Saúde.

Do total de casos de microcefalia notificados em RN, 110 (92,4%) foram detectados no pós-parto e quatro (3,4%) detectados intra-útero (feto com microcefalia).

De acordo com o gênero, 80 (67,2%) são do sexo feminino. Quanto à idade gestacional no momento da detecção da microcefalia, 99 RN (83,2%) nasceram a termo, 17 (14,3 %) pré-termo e 01 (0,8%) pós-termo.

Os 121 casos registrados de microcefalia são provenientes de 27 municípios, pertencentes a 13 das 18 regionais de saúde do Estado. Os nascimentos ocorreram em maior proporção (39,5%), no município de Goiânia.

#### 1.1.2.1.5 Febre Amarela

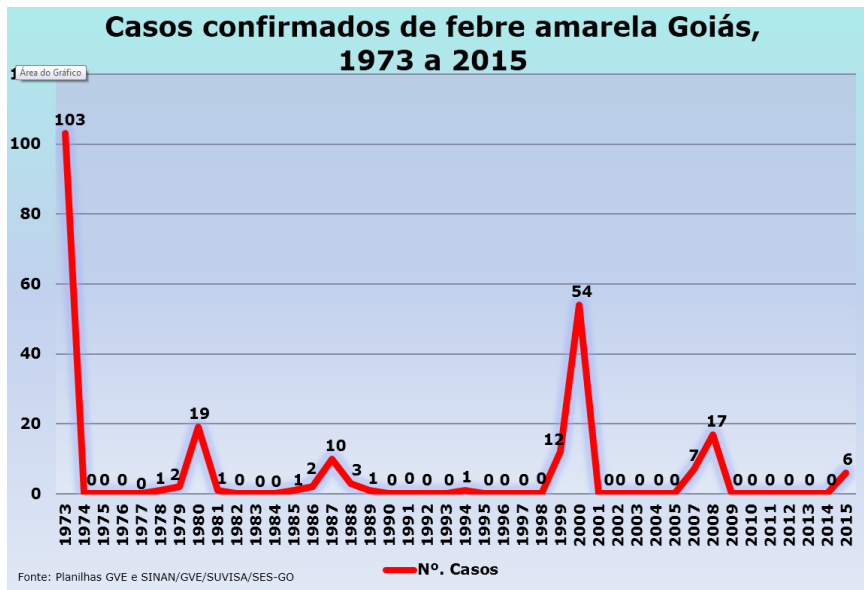
A Febre Amarela é uma doença de relevante impacto para a saúde pública. Sua importância epidemiológica advém do elevado potencial de disseminação, do risco de reurbanização da transmissão urbana, dada a proximidade dos locais prováveis de infecção em relação aos grandes centros urbanos, infestados por *Aedes aegypti*, e da gravidade clínica da doença, com taxa de letalidade em torno de 50% entre os casos graves.

Esta doença acomete com maior frequência o sexo masculino e a faixa etária acima dos 15 anos, em função da maior exposição profissional, relacionada à penetração em zonas silvestres da área endêmica de Febre Amarela Silvestre (FAS). Outro grupo de risco são pessoas não vacinadas que residem próximas aos ambientes silvestres, onde circula o vírus, além de turistas e migrantes que adentram estes ambientes sem estar devidamente imunizados.

A maior frequência da doença ocorre nos meses de dezembro a maio, período com maior índice pluviométrico, quando a densidade vetorial é elevada, coincidindo com a época de maior atividade agrícola.

No Estado de Goiás, que é região endêmica para Febre Amarela Silvestre (FAS), a doença ocorre, geralmente, em intervalos de cinco a sete anos, com registro de casos humanos isolados, assim como na forma de surtos com maior ou menor magnitude.

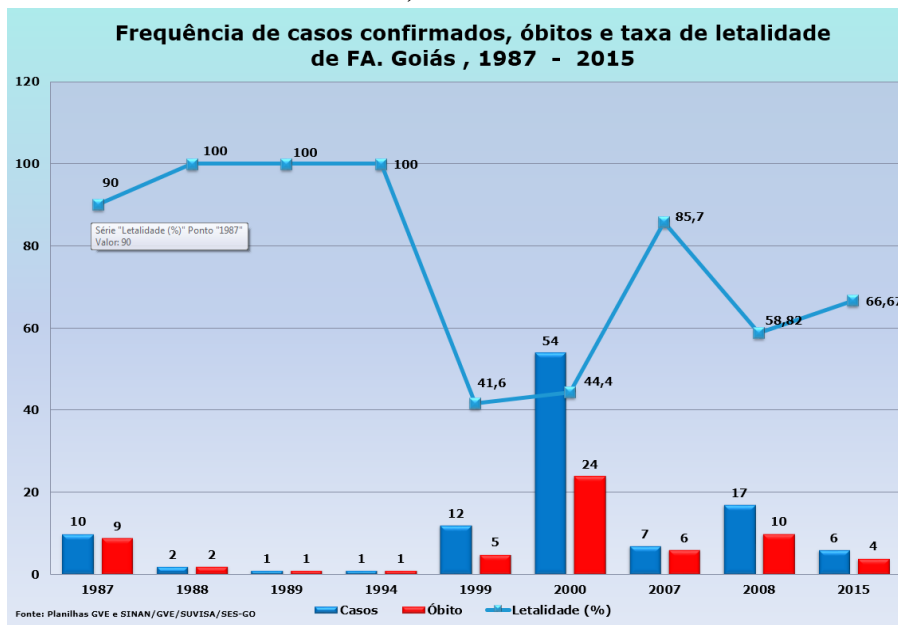
**Gráfico 9: Casos confirmados de Febre Amarela em Goiás – 1973 a 2015.**



Fonte: Planilhas GVE e SINAN/GVE/SUVISA/SES-GO.

No ano de 2015, a re-emergência do vírus voltou a causar preocupação no estado, uma vez que foram registrados 06 casos da doença, com 04 óbitos, o que corresponde a uma letalidade de 66,66 %.

**Gráfico 10: Frequência de casos confirmados, óbitos e taxa de letalidade de FA. Goiás, 1987 – 2015.**



Fonte: Planilhas GVE e SINAN/GVE/SUVISA/SES-GO.

O registro dos casos humanos durante o período sazonal da doença no estado de Goiás ressaltou a importância de intensificar e incrementar as ações de prevenção, sobretudo aos grupos populacionais com maior risco de exposição ao vírus amarelo.



Vale destacar que, desde 1942, não há registro no Brasil de casos de Febre Amarela Urbana (FAU).

### 1.1.2.1.6 Epizootias

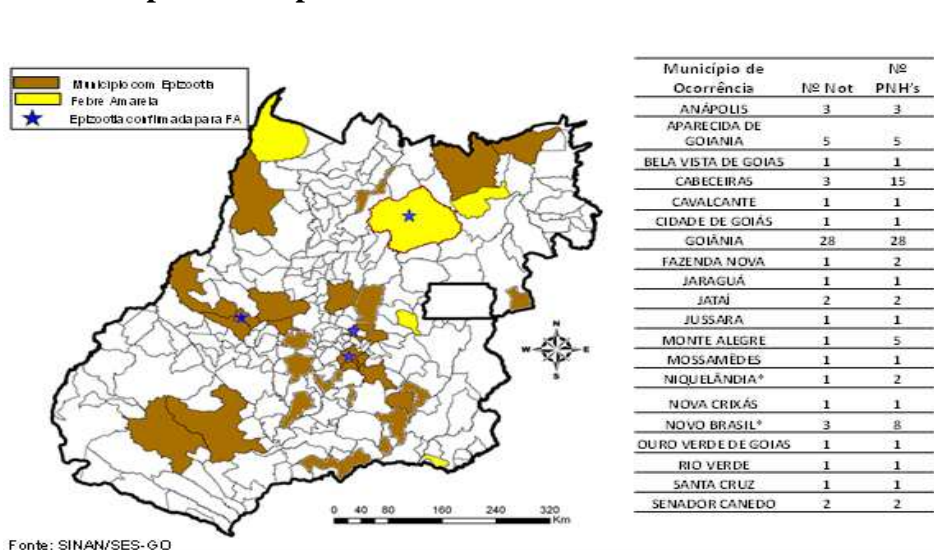
No período de 2007 a 2015, em 53 municípios goianos, foram notificadas 367 ocorrências de epizootias em primatas não humanos (PNH), evento que consiste no encontro de animais doentes ou mortos (incluindo ossadas) em qualquer lugar do território estadual. A vigilância de epizootias baseia-se essencialmente em captar informações em tempo oportuno sobre adoecimento ou morte de PNH e investigar adequadamente esses eventos, já que as epizootias em PNH alertam para o risco de transmissão de Febre Amarela Silvestre para o homem.

A partir de 2014, a re-emergência do vírus no estado voltou a causar preocupação. Desde então, registrou-se alteração no padrão de ocorrência de casos humanos e PNH's. Desta forma, em 2014 e 2015 houve 194 notificações de epizootias em diversas regiões do estado, com confirmação laboratorial nos municípios de Monte Alegre, Novo Brasil, Goiânia, Ouro Verde e confirmação por vínculo epidemiológico em Niquelândia.

Vale ressaltar que em vários municípios não houve a oportunidade de realizar a coleta de amostras para diagnóstico da Febre Amarela, haja vista o avançado estado de decomposição em que foram encontrados os PNH's, contudo, não eximindo a possibilidade de morte por Febre Amarela.

O caráter cíclico da Febre Amarela associado a fatores como localização geográfica, histórico epidemiológico, ocorrência periódica de morte de PNH e a alta infestação por *Aedes aegypti* em Goiás, tornam a Febre Amarela Silvestre uma preocupação de saúde pública, haja vista o risco da reintrodução da Febre Amarela Urbana.

**Figura 6: Municípios com Epizootias e casos de Febre Amarela. Goiás 2014 e 2015.**



Fonte: SINAN/SES-GO.

### 1.1.2.1.7 Leishmaniose

A leishmaniose visceral (LV) é uma doença de notificação compulsória, que apresenta taxas elevadas de incidência e letalidade, sendo endêmica em 65 países, com um total estimado de 200 milhões de pessoas sob-risco de infecção e 500.000 novos casos notificados anualmente, 90% destes concentrados na Índia, Nepal, Sudão, Bangladesh e Brasil.

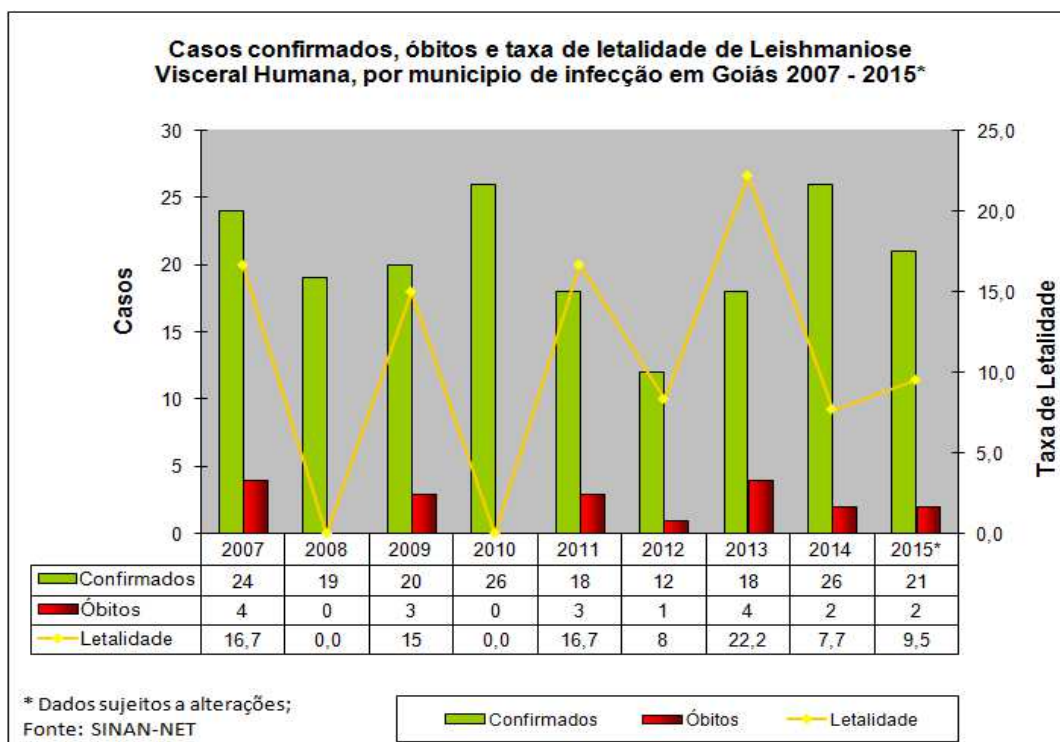
De 2007 até 2015\*, 695 casos suspeitos de LV foram notificados no Estado de Goiás, sendo que dentre os confirmados, 184 casos foram identificados como infectados em municípios goianos, com média de 20,4\* casos novos confirmados/ano. Neste período, 19 casos evoluíram para óbito, o que representa uma letalidade de 10,3 % (\*Dados sujeitos alterações – Exportados em 08/04/2016).

No mesmo período, utilizando-se o critério de município de infecção, foram registrados casos em 66 municípios distintos, sendo os de maior ocorrência: Cavalcante (16), Monte Alegre de Goiás (12), Teresina de Goiás (11), Pirenópolis (10), Caldas Novas (10), Cristalina (08), Campos Belos (08) e Porangatu (06) (Fonte: SINAN/NET).

A ocorrência da doença em uma determinada área depende basicamente da presença do vetor competente e de um hospedeiro/reservatório.

Nos últimos anos, a doença passou por um processo de urbanização, relacionada com vários fatores contribuintes, como desmatamento, migração, alterações ambientais, desnutrição, precárias condições de saneamento básico e de vida da população expondo-as a um maior risco de infecção.

**Gráfico 11: Casos confirmados, óbitos e taxa de letalidade de Leishmaniose Visceral Humana em Goiás 2007 – 2015.**



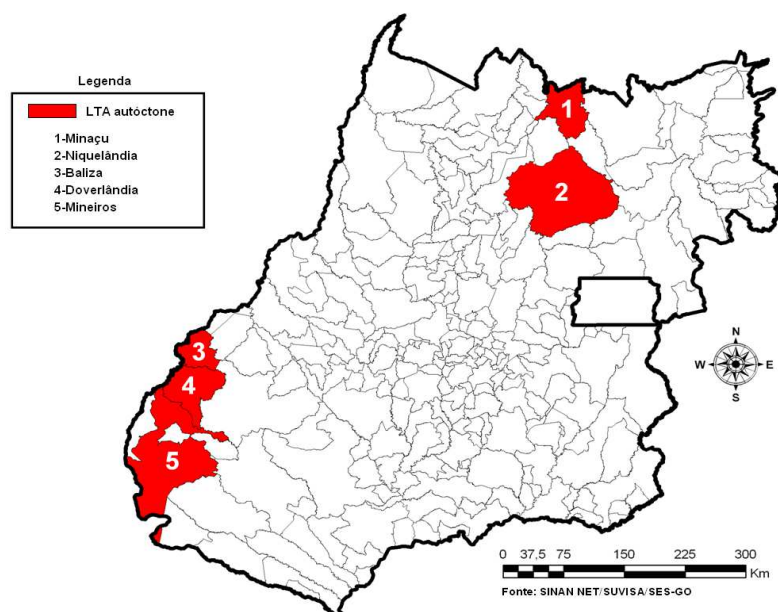
Fonte: SINAN-NET: SUVISA/SES-GO.

Já a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma zoonose em franca expansão geográfica no Brasil, sendo uma das infecções dermatológicas mais importantes, não só pela frequência, mas principalmente pelas dificuldades terapêuticas, deformidades e sequelas que pode acarretar.

Em relação à LTA, no período de 2010 a 2015, foram confirmados 3.065 casos em Goiás, com média de 613 casos por ano. A LTA acomete principalmente o gênero masculino (70,1%) e a faixa etária de 30 a 49 anos (36,28%). Quanto à presença de lesão, 2,76% tiveram as duas formas (mucosa e cutânea), 11,16% evoluíram para a forma mucosa e a maioria (88,84%) apresentou a forma cutânea, sendo a incidência anual de 7,68 por 100 mil habitantes.

Embora seja uma doença de alta incidência em Goiás, a letalidade por LTA é considerada baixa (0,2%), relativa aos 07 casos que evoluíram para óbito. Foram registrados casos autóctones em 164 municípios, todavia a maior concentração de casos ocorreu em pacientes residentes de área urbana (68,12%) e nos municípios de Minaçu, Niquelândia, Baliza, Doverlândia e Mineiros.

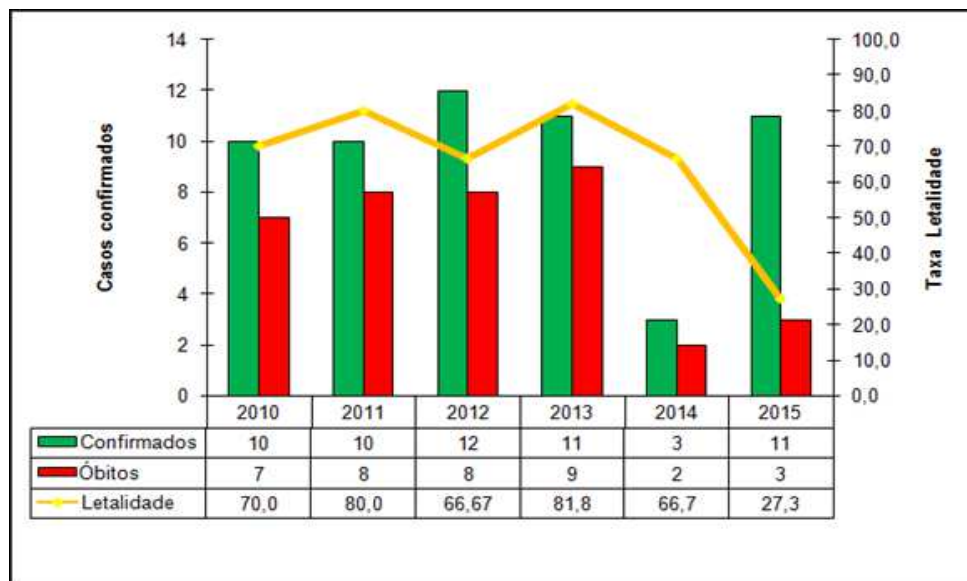
**Figura 7: Municípios com maior número de casos autóctones de Leishmaniose Tegumentar Americana, Goiás 2010 a 2015.**



#### 1.1.2.1.8 Hantavirose

Em Goiás, no período de 2010 a 2015, houve a confirmação de 57 casos de Hantavirose, com uma letalidade de 64,91%. Há uma maior incidência na zona rural e na população do sexo masculino. As regiões Central, Centro Sul, Sudoeste II e Pirineus foram as que apresentaram o maior número de casos confirmados no Estado.

**Gráfico 12: Casos confirmados, óbitos e letalidade por hantavirose, 2010-2015, Goiás.**



Fonte: SINAN/NET; Dados sujeitos a alterações, exportados em 13/04/2016.

#### 1.1.2.1.9 Leptospirose

A leptospirose, no período 2010 a 2015, foram notificados 934 casos suspeitos, com 106 casos confirmados e 15 óbitos, representando uma letalidade de 14,15% (Fonte: SINAN/NET; dados sujeitos a alterações, exportados em 13/04/2016). Observou-se um aumento significativo no número de casos confirmados a partir de 2012, revelando um incremento nas notificações da doença no Sistema de Notificação Nacional.

Algumas profissões como trabalhadores em limpeza e desentupimento de esgotos, garis, catadores de lixo, agricultores, veterinários, tratadores de animais, pescadores, magarefes, laboratoristas, militares e bombeiros, dentre outras, apresentam maior predisposição ao contato com as leptospiras, conforme diagnóstico do Ministério da Saúde.

#### 1.1.2.1.10 Doença de Chagas

Quanto à Doença de Chagas, em 2000, Goiás recebeu o certificado da Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS), que considerou o território indene (onde não se tem registro oficial de casos) relacionado ao *Triatoma infestans*.

Entre 2010 e 2014 foram confirmados, de acordo com o SINAN, dois casos de Chagas congênita. Desde maio de 2013, a doença de Chagas crônica é de notificação compulsória em todo o estado de Goiás. Até o mês de março de 2016 foram notificados 1.540 casos da forma crônica da doença de Chagas. No Estado de Goiás há uma média de 750 óbitos anuais decorrentes desta patologia (dados não publicados).

Os dados demonstram a necessidade de um sistema de saúde estruturado para acompanhamento dos infectados na tentativa de reduzir este número e proporcionar uma

melhora na qualidade de vida dos doentes, já que por se tratar de uma doença crônica e com a disponibilidade de apenas um medicamento no Brasil, a evolução para cura demanda vários anos e a cura espontânea é rara.

#### **1.1.2.1.11 Doenças transmitidas por veiculação hídrica – DTHA**

Em relação às doenças transmitidas por veiculação hídrica e alimentar (DTHA), no período de 2011 a 2015, foram mais incidentes a hepatite A e rotavirose. Nenhum dos casos notificados como suspeitos de botulismo, febre tifoide e vDCJ (Variante Doença de Creutzfeldt-Jakob) foi confirmado neste período .

Num total de 414 casos notificados de hepatite A 389 foram confirmados. A faixa etária mais atingida foi de 05 a 09 anos de idade.

A vigilância da Rotavirose é realizada por meio de três estratégias, na unidade sentinela a população alvo é em menores de 05 anos de idade, na notificação compulsória e acompanhamento dos surtos com suspeita de ter como agente causal o rotavírus e o Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas são acompanhados todas as faixas etárias. No mesmo período foram notificados e confirmados no SINAN 03 surtos, 355 casos notificados 31 confirmados.

Observa-se que nos anos anteriores a 2011 havia uma subnotificação de surtos de DTHA e com a implementação das ações de vigilância epidemiológica nos municípios do Estado, houve um aumento expressivo das notificações e no número de coletas de amostra clínicas para identificação dos agentes etiológicos. Apesar deste aumento ainda temos muitos municípios silenciosos, provocando assim a análise de dados que não reflete a real situação do perfil epidemiológico dos surtos em Goiás. Existe uma subnotificação que tem comprometido a análise epidemiológica destas doenças no estado.

Foram registrados 764.501 casos de diarreia no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica que faz o Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas (SIVEP-DDA) no período 2011 a 2015 com uma média de 152.900 casos por ano.

As diarreias e gastroenterites de origem infecciosas foram responsáveis por 28.705 internações entre 2011 e 2015 com uma média de 5.741 por ano e causaram em média 77,66 óbitos por ano entre 2011 e 2013.

#### **1.1.2.1.12 Hanseníase**

O Estado de Goiás vem buscando fortalecer diretrizes e estratégias que promovam a melhoria do acesso ao diagnóstico precoce e tratamento das doenças em eliminação, principalmente junto às populações vulneráveis e com maior risco de adoecimento. Tais esforços buscam alcançar a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública em municípios que ainda apresentam alta endemicidade para essa doença.

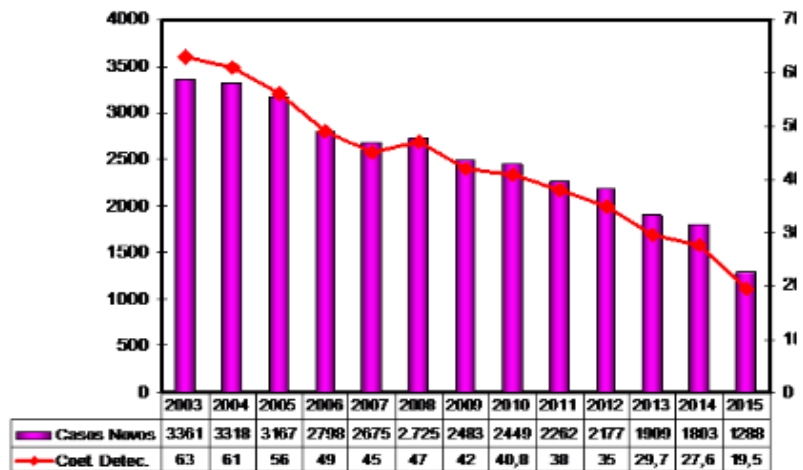
A doença tem tratamento e cura, por isso, a estratégia para redução da carga de hanseníase baseia-se essencialmente na busca ativa de casos novos para a detecção

precoce, prevenção de incapacidades decorrentes do diagnóstico tardio e na cura dos casos diagnosticados. As medidas de vigilância são focadas no aumento do percentual de exame de contatos e, em 2015, foram examinados 85% dos contatos dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes, índice considerado como bom, segundo parâmetros oficiais.

Em 2015, Goiás apresentou prevalência de 4,0 casos por 10.000 habitantes, correspondendo a 2.595 casos em tratamento. Ainda que a hanseníase tenha tendência decrescente no estado, 06 microrregiões: Regional Serra da Mesa, Norte, Oeste I, Nordeste I, Rio Vermelho e São Patrício são consideradas mais endêmicas, com áreas importantes na manutenção da transmissão da doença.

O coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase em 2015 foi de 19,5 por 100.000 habitantes, o que corresponde a 1.288 casos novos da doença, apresentando classificação de alta endemicidade, segundo parâmetros oficiais. Destes casos, 74 foram em menores de 15 anos, que representa um coeficiente de detecção de 5,0 por 100.000 habitantes, considerado muito alto. A existência de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos significa circuitos de transmissão ativos. (Gráficos 13 e 14).

**Gráfico 13: Casos Novos e Coeficiente de Detecção Geral Hanseníase/ 2003 a 2015.**



Fonte: SINAN/SUVISA/SES/GO.

**Gráfico 14: Casos Novos de Hanseníase e Coeficiente de Detecção/ 100.000 Hab. em < 15 anos/ Goiás/ 2003 a 2015.**



Fonte: SINAN/SUVISA/SES/GO.

O grau de incapacidade física (GIF) na hanseníase está relacionado com o tempo da doença e permite uma avaliação indireta da efetividade das atividades de detecção precoce e tratamento dos casos. Em 2015, o GIF 2 apresentou um percentual de 6%, sinalizando o atraso no diagnóstico de casos e evidenciando a importância da detecção precoce para a redução dessas incapacidades.

Outro indicador importante para o controle da hanseníase é o que avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos de hanseníase diagnosticados até a completude do tratamento. Apesar das dificuldades enfrentadas pelos municípios no que se refere à adesão do paciente ao tratamento e no acompanhamento dos casos devido à alta rotatividade de profissionais capacitados, em 2015 foi possível alcançar a meta programada de 86% - Tabela 2.

**Tabela 2: Indicadores de Hanseníase e Parâmetros – 2014 e 2015.**

INDICADOR	SITUAÇÃO GOIÁS		PARÂMETROS/OMS/MS
	2014	2015	
Coefficiente de Prevalência	4,2/10.000 habitantes	4,0/10.000 habitantes	Médio
Coefficiente de Detecção	27,6/100.000 habitantes	19,5/100.000 habitantes	Muito alto
Coefficiente de detecção em menores de 15 anos	5,1/100.000 habitantes	5,0/100.000 habitantes	Alto
Proporção de cura dos casos novos diagnosticados nos anos das coortes	84,00%	86,00%	Regular
Proporção de casos novos com grau de incapacidades avaliados no diagnóstico	7,00%	6,00%	Médio
Proporção de contatos examinados dentre os registrados nos anos das coortes	85,00%	85,00%	Bom

Fonte: SINAN/SUVISA/SES/GO.

### 1.1.2.1.13 HIV/AIDS

A notificação da infecção pelo HIV tornou-se compulsória em junho de 2014, conforme a Portaria Nº 1.264, de 06 de junho de 2014 e até 30 de junho de 2015 já foram notificados 1.096 casos de HIV na população em geral, dos quais 779 foram notificados no ano de 2014 e 317 até dia 30 de junho de 2015. Em relação ao sexo, 835 eram homens e 261 mulheres. A taxa de incidência dessa infecção foi de 18 casos de HIV/100.000 hab. no ano de 2014 e de 7,3 casos de HIV/100.000 hab. até 30 de junho de 2015 – Tabela 3.

**Tabela 3: Número de casos de HIV, razão de sexos e taxa de incidência de HIV na população geral por ano de diagnóstico. Goiás, 2014 e 2015<sup>1234</sup>.**

Ano de Diagnóstico	Número de Casos			Razão M/F	Taxa de Incidência		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
2014	590	189	779	3,1	27,6	8,7	18,0
2015	245	72	317	3,4	11,4	3,3	7,3
Total	835	261	1096	3,2	-	-	-

Fonte: SINAN/SES/SPAIS/GPE/Coordenação Estadual de DST/Aids.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2015, sujeitos a alterações.

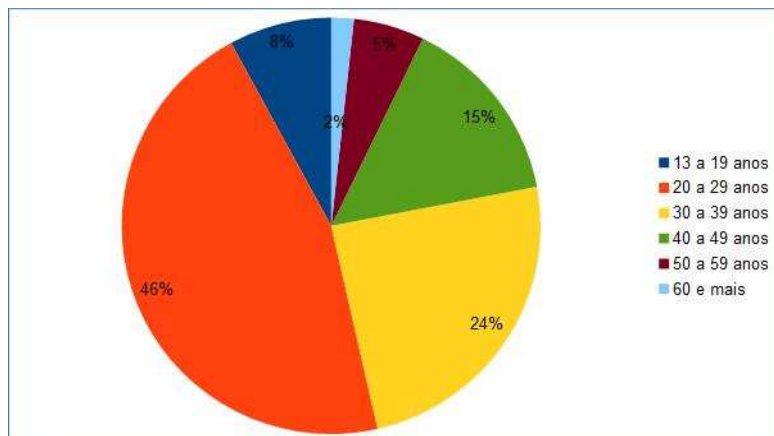
(2) Para o cálculo da taxa de incidência de 2014 e 2015 foi utilizado a população de 2013.

(3) População: MS/SE/DATASUS em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) no menu informações em saúde/ Demográfica e socioeconômicas, acessado em 15/07/2015.

(4) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Em relação à faixa etária, observa-se que jovem de 20 a 29 anos foi a faixa etária predominante com 46 % dos casos de HIV notificados. Quando estratificamos por sexo, tanto o sexo masculino quanto o sexo feminino apresentaram a mesma faixa etária como predominante - Gráfico 15.

**Gráfico 15: Percentual de casos de HIV por faixa etária. Goiás, 2014 e 2015<sup>1234</sup>**



**Fonte: Sinan/SES/SPAIS/GEPE/Coordenação Estadual de DST/Aids.**

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2015, sujeitos a alterações.

(2) Para o cálculo da taxa de incidência de 2014 e 2015 foi utilizada a população de 2012.

(3) População: MS/SE/DATASUSd em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), no menu Informações em Saúde Demográfica e socioeconômica, acessado em 15/07/2015.

(4) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

As informações epidemiológicas referentes à AIDS na população geral, registradas desde o início da epidemia até 30 de junho de 2015, foram notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN 13.564 casos de AIDS. Segundo a distribuição por sexo, 9.207 (67,8%) são do sexo masculino, 4.351 (32,1%) do sexo feminino e 06 (0,1%) casos ignorados quanto ao sexo – Tabela 4.



**Tabela 4: Número e taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no Sinan, por sexo e razão de sexos, segundo ano de diagnóstico. Goiás, 1984 a 2015<sup>123</sup>.**

Ano de Diagnóstico	Número de Casos			Razão M:F	Taxa de Incidência		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
1984	1	0	1	-	0,1	0,0	0,0
1985	4	0	4	-	0,2	0,0	0,1
1986	7	0	7	-	0,4	0,0	0,2
1987	38	4	42	9,5	2,0	0,2	1,1
1988	54	4	58	13,5	2,8	0,2	1,5
1989	59	7	66	8,4	3,0	0,4	1,7
1990	77	13	90	5,9	3,9	0,7	2,3
1991	120	29	149	4,1	6,0	1,4	3,7
1992	170	36	206	4,7	8,3	1,8	5,0
1993	198	50	248	4,0	9,5	2,4	5,9
1994	228	87	315	2,6	10,7	4,1	7,4
1995	347	96	443	3,6	16,1	4,5	10,3
1996	275	123	398	2,2	12,2	5,4	8,8
1997	367	164	531	2,2	15,8	7,1	11,4
1998	335	129	464	2,6	14,1	5,4	9,8
1999	308	155	463	2,0	12,7	6,4	9,5
2000	356	215	571	1,7	14,3	8,6	11,4
2001	367	272	639	1,3	14,4	10,6	12,5
2002	414	241	655	1,7	16,0	9,2	12,6
2003	366	238	604	1,5	13,8	8,9	11,4
2004	353	200	553	1,8	13,1	7,4	10,2
2005	321	204	525	1,6	11,5	7,2	9,3
2006	352	241	593	1,5	12,3	8,4	10,3
2007	433	216	649	2,0	15,0	7,3	11,1
2008	402	235	637	1,7	13,9	8,0	10,9
2009	455	212	667	2,1	15,5	7,1	11,3
2010	528	216	744	2,4	17,7	7,1	12,4
2011	576	246	822	2,3	19,1	8,0	13,5
2012	539	240	779	2,2	17,6	7,7	12,7
2013	545	232	777	2,3	17,8	7,5	12,6
2014	467	181	648	2,6	15,3	5,8	10,5
2015	145	65	210	2,2	4,7	2,1	3,4
<b>Total</b>	<b>9062</b>	<b>4286</b>	<b>13558</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Fonte: Sinan/SES/SPAIS/GEPE/Coordenação Estadual de DST/Aids.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2015, sujeitos a alterações.

(2) Dados preliminares dos últimos 5 anos.

A avaliação segundo a faixa etária revelou que independente do ano de diagnóstico e sexo, os indivíduos de 30 a 39 anos apresentaram as maiores taxas de incidência, com destaque para o ano de 2002 quando foram registrados 31,8 casos para cada 100.000 habitantes.

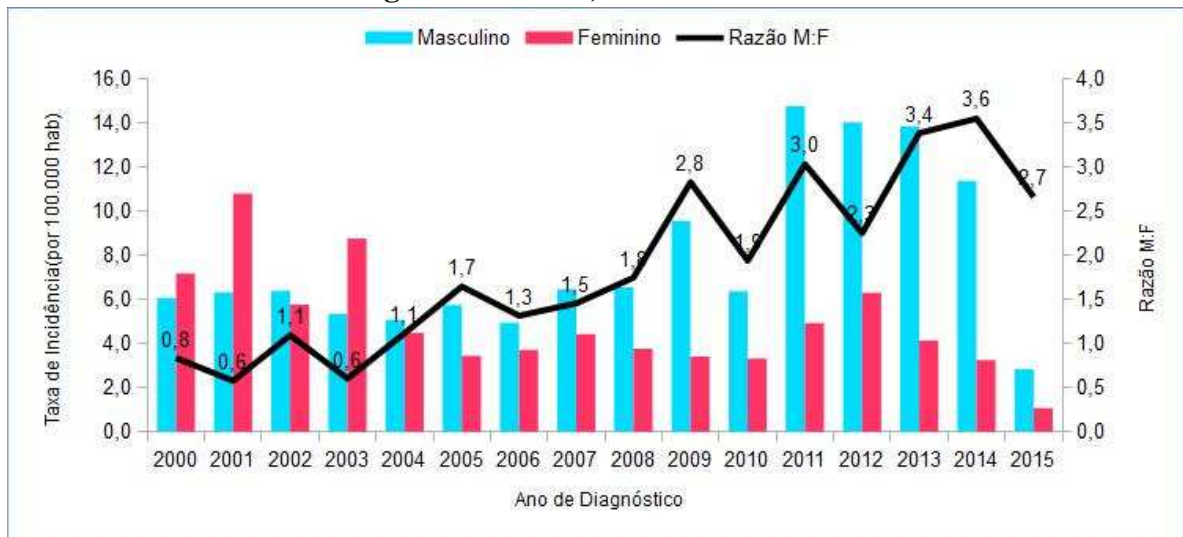
Na avaliação da distribuição percentual dos casos por faixa etária de 2000 a 2015, observa-se que 28,2% (3.826) foram notificados na faixa etária de 20 a 29 anos, 36,3%(4920) de 30 a 39 anos, 21% (2.849) de 40 a 49 anos de idade. Portanto, a epidemia da AIDS no Estado tem sido expressiva entre a população de adultos jovens e economicamente ativos.

No Estado de Goiás o primeiro caso de AIDS em menores de 13 anos foi notificado em 1986, totalizando até 30 de julho de 2015, 219 casos de AIDS em crianças. Observa-se que a maior taxa de incidência foi no ano de 2002, com 1,4 casos para cada 100.000 crianças, e no ano de 2004, com taxa de 1,1 casos para cada 100.000 crianças, havendo redução das taxas nos anos subsequentes.

Na série histórica de 1987 a 30 de junho de 2015 foram notificados no SINAN 1680 casos de AIDS em jovens de 15 a 24 anos de idade, dos quais 1062 (63,2%) ocorreram no sexo masculino e 618 (36,8%) no sexo feminino. Assim, 12,3 % do total de casos notificados no estado, desde o início da década de 80, ocorreram em jovens predominantemente do sexo masculino. Desde o início da epidemia, a taxa de incidência

de casos em jovens de 15 a 24 anos tem aumentado progressivamente, alcançando um pico em 2012 com 10,2/100.000 habitantes – Gráfico 16.

**Gráfico 16: Taxa de incidência (por 100.000 habitantes) e razão de sexos (M:F) dos casos de Aids em indivíduos jovens de 15 a 24 anos, segundo sexo e ano de diagnóstico. Goiás, 1987 a 2015<sup>1234</sup>**



Fonte: Sinan/SES/SPAIS/GEPE/Coordenação Estadual de DST/Aids.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2015, sujeitos a alterações.

(2) Para o cálculo da taxa de incidência de 2014 e 2015 foi utilizada a população de 2013.

(3) População: MS/SE/DATASUSd em <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>, no menu Informações em Saúde Demográfica e Socioeconômica, acessado em 01/09/2015.

(4) Dados preliminares para os últimos 05 anos.

Com relação aos casos de Aids em menores de 5 anos, foram registrados no Sinan, 163 casos. A maior taxa de incidência registrada foi em 2002, com 3,2 casos para cada 100.000 habitantes.

Desde a descoberta dos primeiros casos de Aids em Goiás em 1984, até o ano de 2013 foram identificados cerca de 4.770 óbitos que tiveram a causa básica definida como “doenças pelo vírus do HIV” (CID10: B20-B24). A razão de sexos dos óbitos por Aids vem se mantendo desde 2010 com mais de 02 óbitos em homens para cada óbito em mulheres, confirmando que o coeficiente de mortalidade por Aids em homens tem sido maior em toda série histórica avaliada.

O coeficiente de mortalidade por Aids tem aumentado nos últimos 10 anos: em 2013 o coeficiente de mortalidade por Aids entre os homens foi de 6,1 óbitos/100.000 habitantes e entre as mulheres 3,4 óbitos/100.000 habitantes. Desde o ano de 2006, a taxa de mortalidade em homens mantêm-se acima de 5,0 óbitos/100.000 habitantes. Já em mulheres a taxa de mortalidade não ultrapassa 3,4 óbitos/100.000 habitantes.

Esta situação epidemiológica suscita a discussão sobre a necessidade da implantação de serviços especializados e descentralizados de diagnóstico e assistência às Pessoas Vivendo com HIV/Aids - PVHA no nível de atenção de média complexidade, com o objetivo de ampliar o diagnóstico e tratamento precoce das DST/HIV/Aids, tendo

em vista que muitas pessoas ainda desconhecem o seu diagnóstico e iniciam tardiamente o tratamento, já com agravos importantes na saúde.

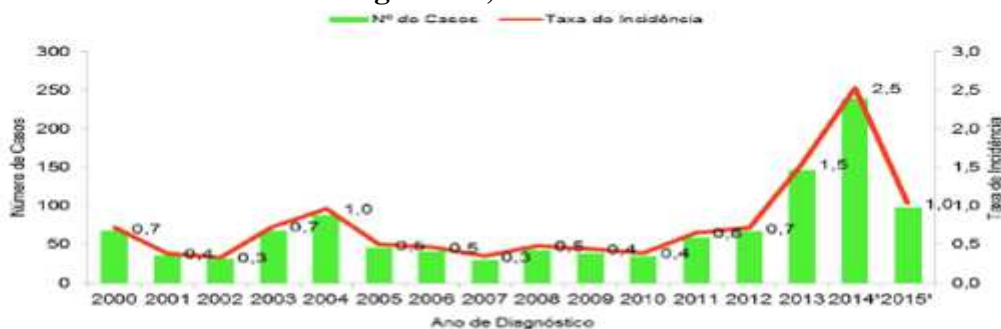
#### 1.1.2.1.14 Sífilis

De 2007 a 01 de julho de 2015 foram notificadas no SINAN 4.392 gestantes com Sífilis. Até o ano de 2012 havia uma média de 360 notificações por ano, a partir do ano de 2013 o número de notificações ascendeu em Goiás, chegando a 990 casos de Sífilis em gestante no ano de 2014.

O Estado de Goiás registrou entre janeiro de 2000 a julho de 2015, 1.126 casos de Sífilis congênita. A maior taxa de incidência em menores de 01 ano de idade foi em 2014 (2,53 casos por 1.000 nascidos vivos), seguido pelo ano de 2013 (1,54 casos por 1.000 nascidos vivos) – Gráfico 17.

Quanto à mortalidade infantil, em menores de um ano de idade, por Sífilis congênita entre 2000 a 2013 verificou-se um total de 17 óbitos que foram declarados nos anos de 2000 (3 óbitos), 2001 (1 óbito), 2007 (1 óbito), 2008 (1 óbito), 2010 (2 óbitos), 2011(3 óbitos), 2012 (2 óbitos) e 2013 (4 óbitos). O maior coeficiente de mortalidade observado foi de 4,2 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos em 2013.

**Gráfico 17: Número de casos e taxa de incidência (por 1.000 nascidos) de Sífilis congênita em menores de 01 ano de idade, residentes no Estado de Goiás, segundo ano de diagnóstico, 2000 a 2014<sup>123</sup>.**



Fonte: SES/SPAIS/Coordenação Estadual de DST/Aids/Sinan.

Notas: (1) Para o cálculo da incidência dos anos de 2014 e 2015, utilizou-se população de nascidos vivos de 2013.

(2) População: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Acessado em: 03/07/2015.

(3) Casos notificados no SINAN até 01/07/2015, sujeitos a alteração.

A Sífilis congênita, apesar de ser um agravo evitável, desde que a gestante seja diagnosticada e as medidas recomendadas sejam aplicadas, permanece como um problema de saúde pública e sua ocorrência evidenciam falhas, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da Sífilis em gestantes e suas parcerias, são medidas simples e efetivas na sua prevenção.

A “Rede Cegonha”, estratégia adotada pelo SUS a partir de 2011, tem mobilizado gestores, profissionais de saúde e colaboradores do Ministério da Saúde e visa assegurar

à mulher e criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma das ações objetivadas pela referida estratégia é a implantação dos testes rápidos de HIV e de Sífilis no âmbito da Atenção Básica, com responsabilidades das três esferas de gestão do SUS. Portanto, a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, na Atenção Básica, se apoia na oferta e na execução dos testes rápidos de HIV e da Sífilis, promovendo um diagnóstico precoce dos agravos nas gestantes e um início oportuno das ações de prevenção e tratamento, com vistas na redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da Sífilis congênita, bem como redução de óbitos materno e infantis evitáveis.

Todavia, apesar das medidas de intervenção para evitar a transmissão vertical do HIV e da Sífilis estarem disponíveis em todos os serviços de atenção à saúde da gestante, da puérpera e da criança, uma série de fatores sociais, políticos, econômicos e individuais podem dificultar o acesso desta população a estas medidas, contribuindo para a ocorrência de casos por esta via de transmissão em populações com maior vulnerabilidade.

#### **1.1.2.1.15 Hepatite viral**

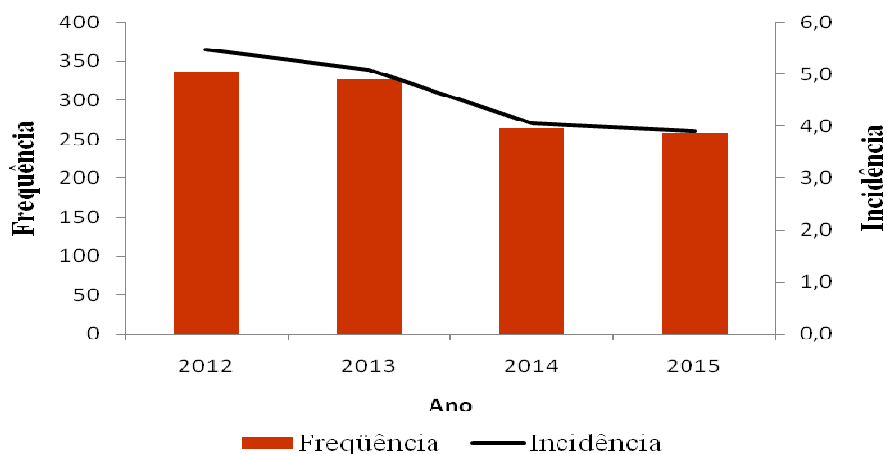
As Hepatites Virais existem em todo o mundo e são consideradas um grande problema global de saúde pública. Especialmente o vírus da hepatite B e o da hepatite C são os agentes causais responsáveis pela transmissão parenteral, sexual e vertical (transmissão perinatal) dessa doença. Embora, dados clínicos possam sugerir diferenças, as hepatites virais raramente são distinguíveis.

Ensaio sorológicos permitem ao clínico identificar o agente etiológico, distinguir a fase aguda da fase crônica, avaliar a atividade da doença na infecção persistente, e, por fim, avaliar o prognóstico e o status imune do paciente. A infecção pelos vírus B ou C pode levar o indivíduo ao estado de portador crônico do agente, condição clínica frequentemente ligada à cirrose hepática ou carcinoma hepatocelular.

Em 1996, as hepatites virais foram incluídas na lista de Doenças de Notificação Compulsória no país. A principal fonte de notificação no Estado de Goiás são estabelecimentos de saúde que compõem a rede pública.

No período de 2012 a 2015, a taxa de detecção anual de hepatite B variou de 5,5/100.000 hab. a 3,9/100.000 habitantes, demonstrando queda significativa durante os anos 2014 e 2015 quando comparado aos dois anos anteriores. Isso se deve provavelmente devido a descontinuidade no fornecimento dos testes confirmatórios pela coordenação nacional - Gráfico 18.

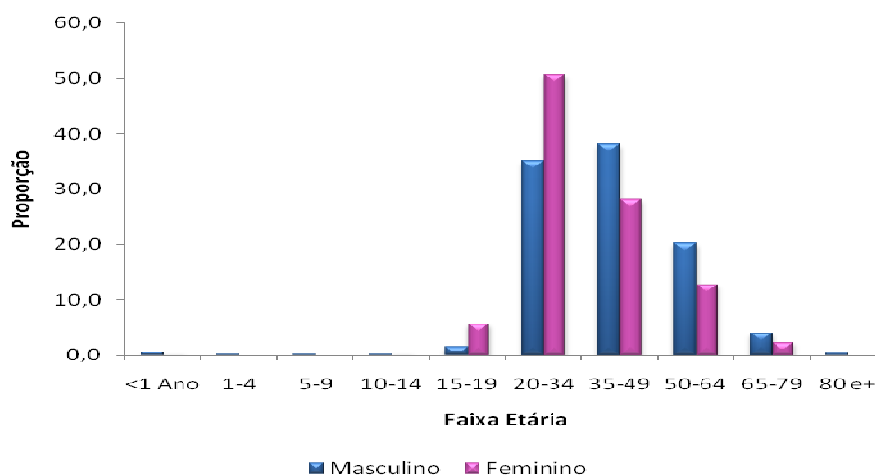
**Gráfico 18: Total de Casos Confirmados e Taxa de Detecção Anual de Hepatite B (por 100.000/hab.), Goiás, 2012 a 2015\*.**



Fonte: SINAN/GVE/SUVISA/SES \*2015 – Dados preliminares.

A faixa etária compreendida entre 20 a 49 anos correspondem a 76,0% dos casos confirmados de hepatite B, no Estado de Goiás, demonstrando maior vulnerabilidade e indicando a necessidade de adoção de estratégias diferenciadas de vacinação para este grupo etário. Estas estratégias devem respeitar as especificidades de cada localidade, visando uma maior adesão da população em questão. A partir de 2013 houve ampliação no fornecimento da vacina para a faixa etária até 49 anos, porém, essa ação ainda não resultou na diminuição efetiva dos casos de hepatite B.

**Gráfico 19: Proporção de Casos Confirmados de Hepatite B segundo Faixa Etária, Goiás, 2012 a 2015\*.**

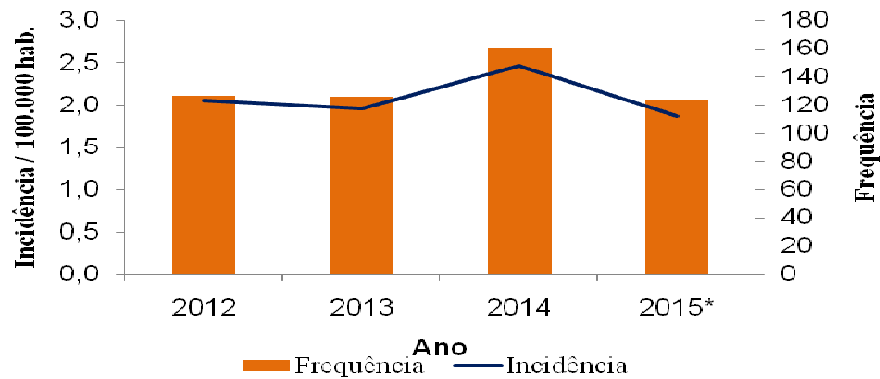


Fonte: SINAN/GVE/SUVISA/SES \*2015 – Dados Preliminares.

Em relação à hepatite C, no período de 2012 a 2015, nota-se que as taxas de

deteção variaram de 2,5/100.000 hab. a 1,9/100.000 hab.. O ano de 2014 apresentou a maior taxa (2,5 /100.000 hab.) e a menor taxa observada no ano de 2015 (1,9 / 100.000 hab. O ano de 2012 apresentou a maior taxa (1,9 /100.000 hab.) e a menor taxa foi observada no ano de 2011 (1,5 /100.000 hab.), sendo a população maior de 40 anos foco principal do programa de diagnóstico e tratamento para hepatite C - Gráfico 20.

**Gráfico 20: Total de Casos Confirmados e Taxa de Detecção Anual de Hepatite C (por 100.000/hab.), Goiás, 2012 a 2015\*.**

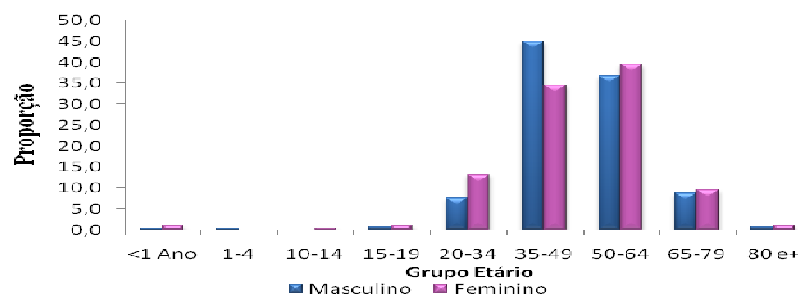


Fonte: SINAN/GVE/SUVISA/SES \*2015 – Dados preliminares.

Observa – se que a faixa etária entre 35 a 64 anos possui a predominância dos casos confirmados de hepatite C no Estado de Goiás, conforme Gráfico 21, demonstrando maior vulnerabilidade e indicando a senilidade da infecção, onde já são adotadas estratégias para detecção e tratamento da doença.

No que diz respeito ao tratamento da hepatite C, em julho de 2013, iniciou-se no estado de Goiás a terapia tripla, disponibilizada pelo Ministério da Saúde (MS), porém em outubro de 2015 novas medicações, praticamente sem efeitos colaterais e com alto percentual de cura, são disponibilizadas no Hospital de Doenças Tropicais, e no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) dos municípios de Anápolis e Jataí, havendo previsão para disponibilização em outros serviços, brevemente.

**Gráfico 21: Percentual de Casos Confirmados de Hepatite C segundo Faixa Etária, Goiás, 2012 a 2015\*.**



Fonte: SINAN/GVE/SUVISA/SES \*2015 – Dados Preliminares.

Com relação ao diagnóstico das hepatites virais, a partir do ano de 2012, foram descentralizados os testes rápidos de triagem da hepatite B e C para todos os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), visando maior agilidade no diagnóstico e consequentemente aumento nas taxas de detecção da doença. O teste rápido também está sendo disponibilizado gradualmente, no nível de atenção básica, para todas as regionais de saúde do estado e brevemente se encontrará disponível em todos os municípios do Estado de Goiás.

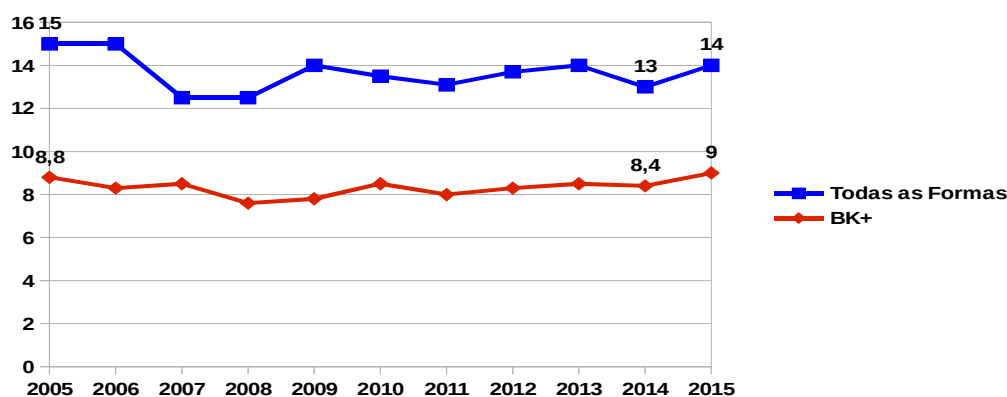
O Ministério da Saúde, através da portaria nº 3.276 de 26 de dezembro de 2013, regulamenta o incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais com a definição de critérios gerais, regras de financiamento e monitoramento. Para a seleção dos municípios prioritários foram consideradas as seguintes condições: carga da doença, município de região metropolitana, município de referência de região de saúde e município cuja população seja superior a 100.000 (cem mil) habitantes, além de critérios regionais escolhidos pelas coordenações estaduais. Em 20 de março de 2014, foram pactuados 30 municípios goianos prioritários para estes agravos e aprovado os valores do recurso financeiro pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

#### 1.1.2.1.16 Tuberculose

Em relação a tuberculose em Goiás, no ano de 2015 foram notificados 926 casos novos de tuberculose, o que corresponde a um coeficiente de incidência, de todas as formas, em torno de 14,0 casos por 100.000 habitantes e, pulmonar bacilífera em torno de 8,0 casos por 100.000 habitantes. Dentre as 18 Regiões de Saúde do Estado, a Região que concentra a maior carga da doença é a Região de Saúde Central com 294 casos, acompanhada da Região Centro Sul com 215 casos notificados em 2015.

Observa-se que a incidência da doença na série histórica abaixo representa basicamente o mesmo comportamento nos anos avaliados, ou seja, a manutenção da cadeia de transmissão – Gráfico 22.

**Gráfico 22: Incidência de Tuberculose Todas as Formas e Pulmonar Bacilífera 2005 a 2015.**



Fonte: SINAN – TB/CDCT/GVE/SUVISA/SES.

Apesar dos grandes avanços nos últimos anos, o alcance das metas dos objetivos do milênio, a tuberculose ainda se mantém como um sério problema de saúde pública, considerando a incidência de casos de tuberculose pulmonar, principalmente os bacilíferos, a mortalidade a crescente associação com o HIV/Aids e o aumento de casos de tuberculose multirresistente.

A intensificação da busca dos sintomáticos respiratórios (tosse por três semanas ou mais) é a atividade mais importante para detecção precoce de casos novos de tuberculose, principalmente os pulmonares bacilíferos, na qual deve se manter como rotina nos serviços de saúde e de fundamental execução na atenção básica junto à comunidade.

A taxa de casos curados de tuberculose vem mantendo-se abaixo do parâmetro preconizado pela OMS, que é de 85%, com meta alcançada de 73% no ano de 2014 no Estado.

Dentre os principais indicadores operacionais pactuados pelo Programa de Controle da Tuberculose, o único indicador pactuado que teve a meta alcançada foi o de contatos examinados dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, com taxa de 80%, sendo estabelecida a meta de 70% para este indicador. Os demais indicadores como a cultura realizada entre os casos de retratamento de tuberculose, tratamento diretamente observado entre os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera e a testagem do HIV entre os casos novos de tuberculose não alcançaram as metas pactuadas no ano da avaliação.

Fatores como o abandono do tratamento, transferências, não alimentação oportuna do sistema de informação, notificação tardia dos casos de Tuberculose (pós-óbito), deficiência da gestão dos serviços na atenção básica, alta rotatividade de profissionais e a desestruturação da rede de acesso, estão relacionados diretamente com o não alcance das metas dos indicadores operacionais, nos quais medem a qualidade dos serviços e as ações que são programadas nos mesmos.

### **1.1.2.2 Doenças não transmissíveis**

Desde a década de 50, o Brasil vem passando por processos de urbanização acarretando mudanças sociais, econômicas e de saúde da população. As modificações na área de saúde podem ser descritas pelos processos de transição epidemiológica, na qual o perfil de saúde da população foi modificado de doenças transmissíveis para não transmissíveis, e de transição nutricional, que perpassa a prevalência de desnutrição para um alto índice de obesidade.

A alta prevalência das Doenças não Transmissíveis (DCNT) está relacionada a fatores de risco como: tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada com excesso do peso e obesidade e uso nocivo de álcool, conforme tabela abaixo:



**Tabela 5: Prevalência de Fatores de Risco no Brasil e em Goiás, segundo o Vigitel 2006 a 2014.**

Prevalência* de Fatores de Risco – Vigitel 2006 a 2014										
Fatores de Risco	Brasil 2014	Goiânia								
		2006 %	2007 %	2008 %	2009 %	2010 %	2011 %	2012 %	2013 %	2014 %
Tabagismo	<b>10,8</b>	14	13,4	14,1	14,4	14,6	11	9,9	10,4	10,4
Excesso de peso	<b>52,5</b>	38,4	39,4	44,6	45,8	44,6	47	49,4	47,5	49,7
Consumo Alimentar	<b>36,5</b>	38,1	40,8	34,4	30,6	31,2	33	38,8	42,2	36,8
Atividade Física	<b>35,3</b>	15,6	17,6	16,4	17,2	15,9	29,9	36,7	37,2	39,2
Consumo de bebidas alcoólicas	<b>16,5</b>	15,6	16,2	17	18,9	17,3	16,6	18,5	16,6	15,5

Fonte: MS/VIGITEL 2014.

Os dados sobre os fatores de risco são alarmantes, mostrando que uma em cada seis mortes pode ser atribuída ao tabagismo, 40% das mortes por DCNT podem estar relacionadas à ingestão de alimentos industrializados com altos teores em gorduras saturadas, açúcar e sal, o sedentarismo contribui com 8% de todas as mortes por DCNT ao ano e 2,3 milhões de pessoas perdem a vida devido ao excessivo consumo de álcool, sendo que 60% destas estão relacionadas às DCNT.

Mediante o cenário apresentado, discussões intersetoriais buscam identificar estratégias de intervenção para a promoção da saúde por meio da elaboração do Plano Estadual Intersetorial para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT – Doenças do Aparelho Circulatorio, Câncer, Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas) em Goiás.

A partir do perfil epidemiológico, da identificação dos fatores de risco e do resultado da aplicação de programas desenvolvidos em vários países, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu como meta a redução de 25% das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, (DCNT) dentre elas as Doenças Cardiovasculares até o ano de 2025.

Em sintonia com esta proposta global, e considerando que a realidade epidemiológica em Goiás apresenta índices igualmente alarmantes, por volta de 27,45% de mortes por Doenças Cardiovasculares – DCV dentre todas as outras causas relacionadas, se faz necessário traçar medidas que auxiliem os municípios a diminuir anualmente as taxas de mortalidade, com o objetivo de nos adequarmos às metas traçadas pelo Ministério da Saúde.

**Tabela 6: Mortalidade em Goiás por Capítulo CID e Ano do Óbito – 2008 a 2013.**

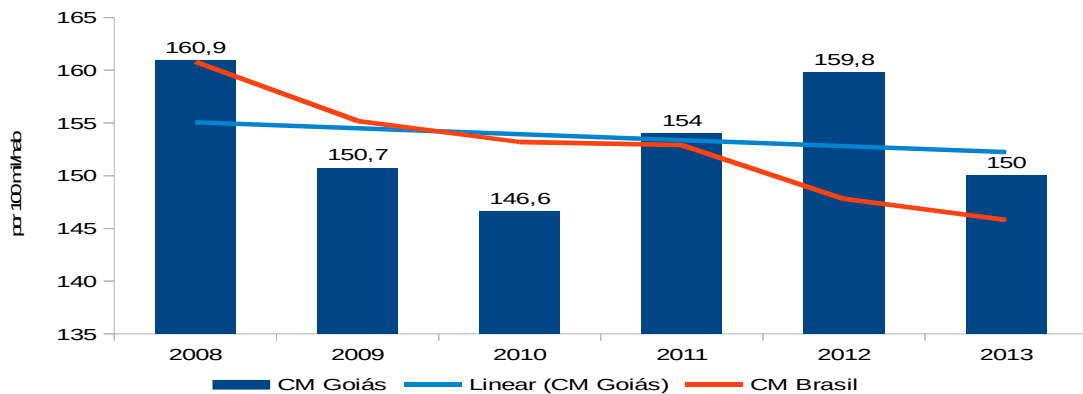
Mortalidade – Goiás						
Óbitos p/Residência por Capítulo CID-10 e Ano do Óbito						
Período: 2008-2013						
Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	2013
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.554	1.501	1.661	1.690	1.791	1.803
II. Neoplasias (tumores)	4.024	4.370	4.628	4.824	5.148	5.266
III. Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	130	152	165	166	170	155
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	<b>1.498</b>	<b>1.547</b>	<b>1.742</b>	<b>1.729</b>	<b>1.858</b>	<b>1.836</b>
V. Transtornos mentais e comportamentais	326	267	342	399	414	417
VI. Doenças do sistema nervoso	532	566	667	719	802	841
VII. Doenças do olho e anexos	01	01	01	-	03	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	03	03	02	02	04	02
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	<b>8.531</b>	<b>8.391</b>	<b>8.752</b>	<b>9.181</b>	<b>9.998</b>	<b>9.812</b>
X. Doenças do aparelho respiratório	3.438	3.455	3.775	4.053	4.189	4.357
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.714	1.722	1.785	1.872	1.954	2.060
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	50	51	66	54	57	77
XIII. Doenças sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	104	111	120	148	137	145
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	474	607	632	712	830	816
XV. Gravidez parto e puerpério	39	41	46	36	53	50
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	679	685	694	785	824	788
XVII. Malformações Congênicas, Deformidades e anomalias cromossômicas	342	327	318	335	396	396
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	1.842	1.778	1.981	1.907	1.001	858
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4.865	4.921	5.279	5.542	6.371	6.575
<b>Total</b>	<b>30.146</b>	<b>30.496</b>	<b>32.656</b>	<b>34.154</b>	<b>36.000</b>	<b>36.254</b>

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Segundo dados do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) do Ministério da Saúde, entre os anos de 2008 a 2013, no Estado de Goiás 199.706 pessoas foram a óbito por causas básicas variadas e, em diversos municípios de residência. Destes, 54.665 (27,37%) óbitos se enquadraram no capítulo IX do CID-10 (Doenças do Aparelho Circulatório), que foi a 1º causa de mortalidade no período – Tabela 6.

Ao observarmos no gráfico 23 o Coeficiente de Mortalidade (CM) por Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), evidenciamos um discreto declive da linha, mantendo uma média dos últimos 06 anos de 153,6/100 mil habitantes. A linha em vermelho refere-se ao CM Brasil que notadamente vem declinando ao longo dos anos, diferentemente da tendência de Goiás na linha azul, que na média, vem oscilando ano a ano.

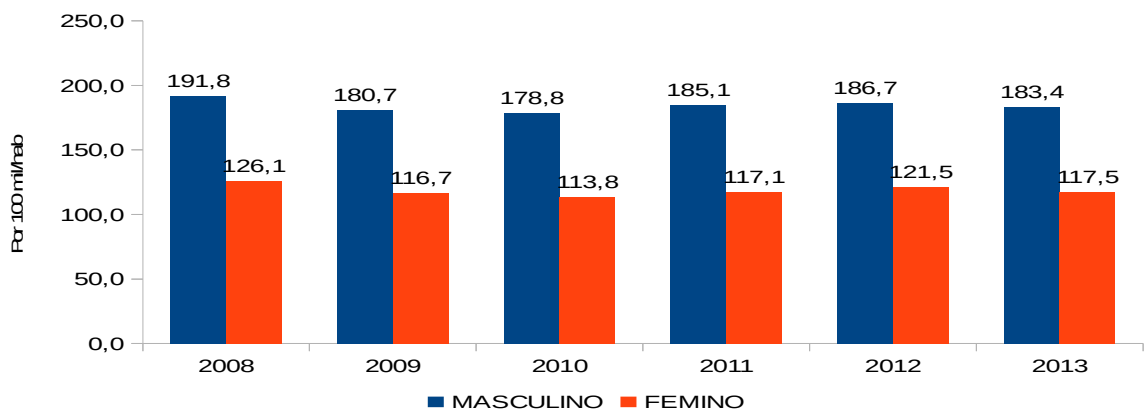
**Gráfico 23: Coeficiente de Mortalidade por DAC na faixa de 30 a 69 anos em Goiás – 2008 a 2013.**



Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Em relação ao sexo, vemos no Gráfico 24 que o sexo masculino lidera o ranking da mortalidade por DAC em todos os anos analisados.

**Gráfico 24: Coeficiente de Mortalidade por DAC, por sexo, na faixa de 30 a 69 anos em Goiás – 2008 a 2013.**



Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

**OBS.:** Para análise do coeficiente de mortalidade foi usado estimativa populacional, uma vez que o último censo do IBGE foi em 2010.

Os dados na Tabela 7, demonstram os valores pagos pelo SUS nas internações para o tratamento das Doenças do aparelho Circulatório no Estado de Goiás, nos últimos 05 anos, bem como o total de óbitos ocorridos nas internações relacionados a ocorrência destes.

**Tabela 7: Tratamento Hospitalar das DAC em Goiás, segundo o DATASUS, de 2011 a 2015.**

Tratamento hospitalar de DAC Goiás	ANO				
	2011	2012	2013	2014	2015
Internações Hospitalares	41.917	38.176	39.033	38.095	36.869
Valor	R\$72.026.292	R\$76.205.521	R\$82.695.910	R\$ 85.255.826	R\$ 87.013.845
Média de Internação	4,5	4,9	4,9	05	5,1
Média de gasto por internação	R\$1.716,10	R\$1.996,16	R\$2.118,62	R\$2.238,04	R\$2.360,08
Óbitos (SUS)	2.260	2.217	2.472	2.500	2.732

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

#### 1.1.2.2.1 Hipertensão arterial sistêmica

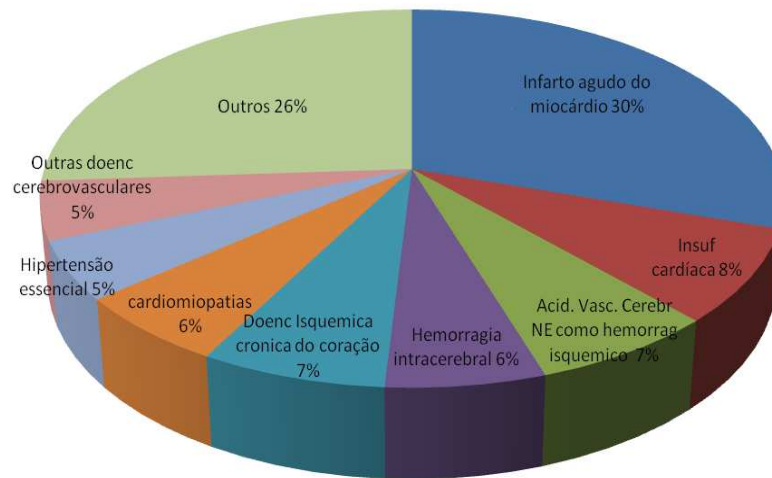
A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dentre as doenças cardiovasculares é a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

No Brasil, de acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, estima-se em torno de 30% a prevalência de hipertensão em adulto e em idosos chega em torno de 50% ou mais para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com 70 anos ou mais, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A HAS tem em alta prevalência e baixa taxa de controle. (VI Diretriz SBC, 2010).

Dados do Vigitel mostram que de 2006 a 2014 a prevalência de HAS saltou de 18,9% para 23,8% em Goiás. No Brasil, em 2014, foi de 24,8%.

Apesar da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representar apenas 5% dos óbitos em Goiás, possui efeitos devastadores, sendo o principal fator de risco para as DAC, como por exemplo, o IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) que lidera o ranking com 30% dos óbitos de acordo com os principais grupos de causas listados no CID-10, seguido pelo AVC (Acidente Vascular Cerebral), mata mais que doenças como o câncer e até mesmo a AIDS.

**Gráfico 25: Mortalidade, principais causas no cap. IX do CID-10 (DAC) na faixa de 30 a 69 anos - Goiás – 2013.**



Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

#### 1.1.2.2.2 Diabetes

Segundo o primeiro *Informe Mundial sobre Diabetes* Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada doze pessoas – 62 milhões – vivem com diabetes nas Américas. O número triplicou desde 1980 e a doença é atualmente a quarta causa de morte na região, depois de infarto, acidente vascular cerebral (AVC) e demências. Se medidas não forem tomadas, estima-se que quase 110 milhões de pessoas terão diabetes até 2040. O relatório mostra que as pessoas com diabetes podem ter uma vida longa e saudável se a doença for detectada a tempo e bem manejada. Nas Américas, no entanto, em alguns países até 40% das pessoas com diabetes desconhecem a doença e entre 50% e 70% das pessoas não alcançam o controle adequado da glicemia.

De acordo com pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde (VIGITEL) o *Diabetes melittus* (DM) atinge em torno de 8% dos adultos brasileiros, em Goiás a estimativa é de 6,2% que corresponde a 409.862 portadores de diabetes. Considerando que a pesquisa VIGITEL é auto referida, o número de casos de DM, podem ser maiores, pois se trata de uma enfermidade assintomática na maioria dos casos.

A tabela 6 acima, nos mostra que segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde - CID 10, a mortalidade por Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, dentre elas o Diabetes, ocupa o 4º lugar nas causas de óbito no Estado.

Os dados na Tabela 8 demonstram os valores pagos pelo SUS nas internações para o tratamento das complicações do Diabetes no Estado de Goiás nos últimos 05 anos, bem como o total de óbitos ocorridos nas internações relacionados à doença ou à ocorrência de complicações.

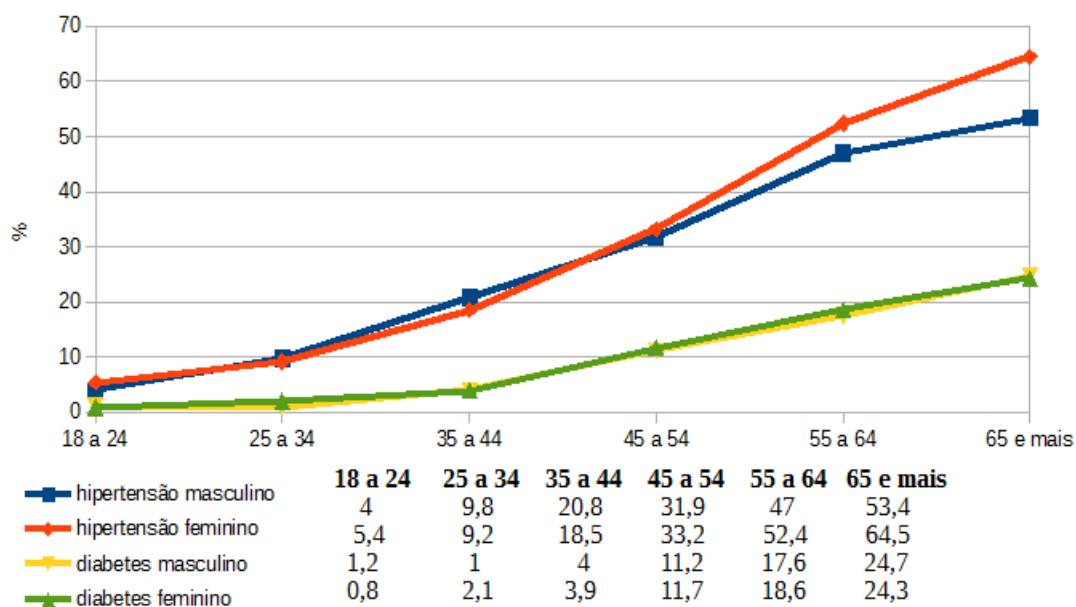
**Tabela 8: Valores das Internações para Tratamento das Complicações do Diabetes no Estado de Goiás.**

Tratamento hospitalar de DM Goiás	ANO				
	2011	2012	2013	2014	2015
Internações Hospitalares	5.809	5.017	4.831	4.210	4.148
Valor	R\$2.617.679	R\$2.702.902	R\$2.529.506	R\$2.588.539	R\$2.499.551
Média de Internação	4,0	4,1	4,5	4,4	4,9
Média de gasto por internação	R\$ 450,62	R\$ 538,75	R\$ 523,60	R\$ 614,65	R\$ 602,59
Óbitos (SUS)	138	119	138	155	131

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

No Gráfico 26 observa-se que proporção de Hipertensão e Diabetes aumenta com a idade em ambos os sexos.

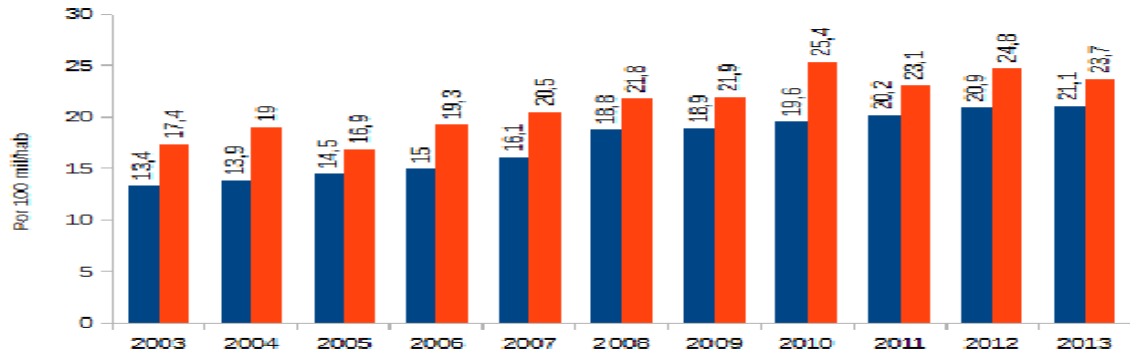
**Gráfico 26: Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus, por sexo e faixa etária.**



Fonte: VIGITEL, Goiânia, 2006-2014.

No Gráfico 27, observa-se que as mulheres lideram o ranking de mortalidade por Diabetes. A população masculina e feminina, no ano de 2013, obteve 21,1 e 23,7 de óbitos, respectivamente, para cada grupo de 100 mil/hab.

**Gráfico 27: Coeficiente de Mortalidade por Diabetes Mellitus, por sexo, de 2003 a 2013.**

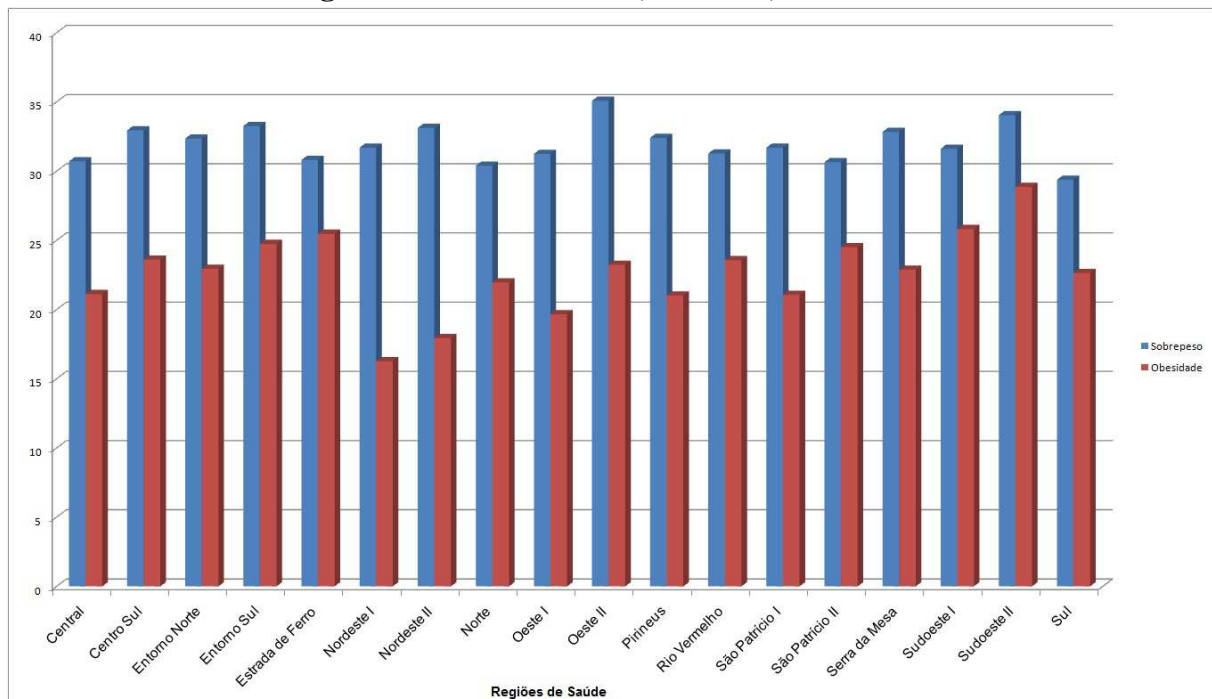


Fonte: VIGITEL, Goiânia, 2006-2014.

### 1.1.2.2.3 Sobrepeso e Obesidade – Vigilância Nutricional

Com relação à Vigilância Nutricional, observa-se que no ano de 2015, as prevalências de sobrepeso e obesidade na população adulta do Estado de Goiás eram, respectivamente, 32,1% e 23%.

**Gráfico 28: Prevalência (%) de sobrepeso e obesidade em adultos de acordo com as regiões de saúde de Goiás, SISVAN, 2015.**



Fonte: SISVAN, 2015.

Os dados abaixo mostram que de 2006 a 2013 a prevalência de excesso de peso apresentou um crescimento contínuo com estabilização nos últimos anos, a obesidade continua aumentando na população do município de Goiânia. Observou-se uma redução progressiva do tabagismo; e uma estabilidade no número de ex-fumantes, contemplados pelo Ministério da Saúde no programa “Saúde Não Tem Preço”. A média de excesso de peso no Brasil foi de 50,8% e de obesidade 17,5%, portanto Goiânia encontra-se abaixo da média nacional, assim como também abaixo da média nacional do Tabagismo (11,3%) e dos Ex-Fumantes (22,0%).

**Gráfico 29: Prevalência de fator de proteção para doenças crônicas.**



Fonte: VIGITEL, Goiânia, 2006-2013.

Neste gráfico pode-se constatar o aumento do consumo regular de frutas e hortaliças e aumento significativo da atividade física nesse período, esses fatores foram contemplados nas políticas públicas através dos Programas da Saúde na Escola (PSE) e da Academia da Saúde.

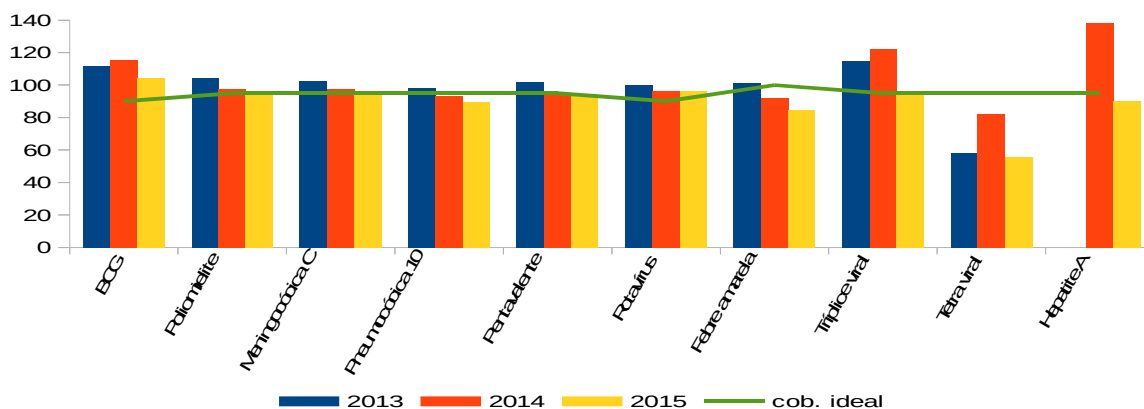
### 1.1.2.3 Coberturas vacinais

O Calendário Nacional de Vacinação da Criança – menores de 1 ano e 1 ano de idade, conta com 10 vacinas na rotina, sendo que cada uma tem um índice mínimo de cobertura a ser alcançado. Os índices são: 90% para as vacinas BCG e Rotavírus, 95% para Pentavalente, Poliomielite, Meningocócica C, Pneumocócica 10 – Valente, Tríplice viral, Tetra viral e Hepatite B e 100% para Febre Amarela.

O estado de Goiás, no período de 2013 a 2015, alcançou a cobertura vacinal preconizada pelo Programa Nacional de Imunização – PNI na maioria das vacinas somente no ano de 2013, exceto na tetra viral, cujo ano de implantação foi a partir do 2º semestre de 2013. A partir de 2014, observa-se que em algumas vacinas as coberturas estão abaixo dos índices preconizados. E em 2015, atingiu cobertura nas vacinas BCG, Poliomielite, Meningocócica C e Rotavírus. As vacinas que atingiram cobertura nos 03 anos seguidos foram: BCG, Poliomielite, Meningocócica C, e Rotavírus – Gráfico 30.



**Gráfico 30: Cobertura vacinal do Calendário Nacional de Vacinação da Criança. Goiás, 2013 a 2015.**

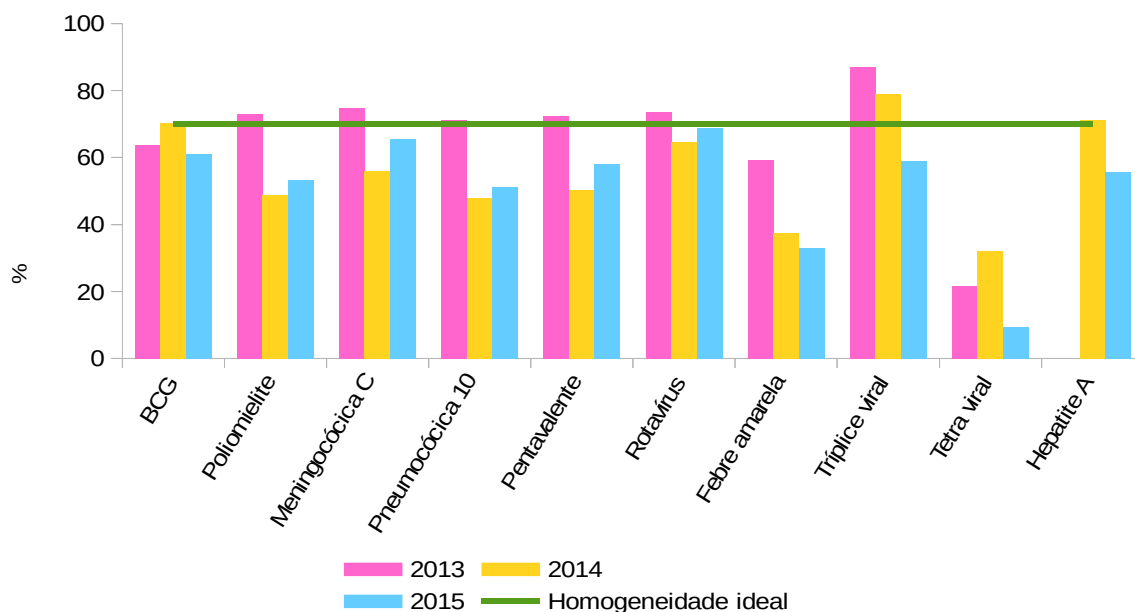


Fonte: pni.datasus.gov.br

Em relação à homogeneidade (percentual de municípios que atingiram cobertura vacinal adequada) o Estado em 2013, alcançou o valor preconizado de 70% em 06 vacinas. Em 2014 este valor caiu para 02 vacinas e em 2015 não atingiu o percentual preconizado em nenhuma vacina – Gráfico 31.

A heterogeneidade de cobertura coloca em risco a saúde da população e o atual estado de controle, eliminação ou erradicação de doenças. A obtenção de altas e homogêneas coberturas vacinais é uma condição para reduzir os bolsões de suscetíveis e a garantia da imunidade coletiva.

**Gráfico 31: Homogeneidade de cobertura vacinal do Calendário Nacional de Vacinação da Criança. Goiás, 2013 a 2015.**

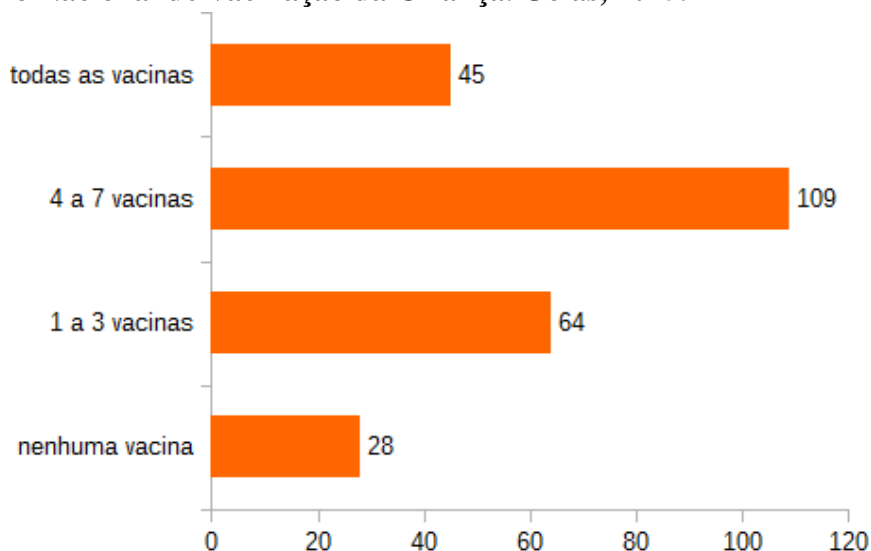


Fonte: pni.datasus.gov.br

No Gráfico 32, avalia-se o número de municípios que alcançaram cobertura vacinal preconizada referente a 08 vacinas do Calendário Nacional da Criança (BCG,

Poliomielite, Meningocócica C, Pneumocócica 10-Valente, Rotavírus, Pentavalente, Febre amarela e Tríplice viral), no ano de 2015. Sendo que dos 246 municípios, 28 (11,28%) municípios não alcançaram cobertura em nenhuma vacina e 45 (18,29%) atingiram cobertura em todas as vacinas.

**Gráfico 32: Número de municípios que atingiram coberturas vacinais do Calendário Nacional de Vacinação da Criança. Goiás, 2015.**



Fonte: [pni.datasus.gov.br](http://pni.datasus.gov.br)

As informações relatadas acima podem estar relacionadas a vários fatores que interferem para que os municípios não alcancem altas e homogêneas coberturas. Os principais fatores são: população super ou subestimada, recursos humanos sem capacitação, rotatividade de profissionais de saúde, falta de busca ativa de faltosos, não vacinação na zona rural e as áreas de difícil acesso, processo de movimentação populacional entre os municípios, pouca divulgação na mídia televisiva e desabastecimento de algumas vacinas.

Outro fator de grande relevância é a implantação do novo Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI), onde as equipes têm dificuldades no registro de doses aplicadas na ficha do vacinado e no sistema, na transmissão de dados dos estabelecimentos para a base municipal e conseqüentemente para a base nacional e o acúmulo de fichas sem digitar.

Desde o ano de 2012, o Estado iniciou a implantação do SIPNI. Em 2015, concluiu-se a implantação em 100% dos municípios. Atualmente, das 914 salas públicas e municipais existentes, 788 (86,22%) estão com o sistema implantado. Entretanto em 2016, a meta é atingir 100% das salas de vacina. Os maiores entraves têm sido a falta de computador, déficit de profissional capacitado, rotatividade do profissional da sala de vacina. A implantação do SIPNI nos estabelecimentos de saúde é permanente, devido a abertura de novas salas de vacina, com isto, as atividades de capacitação, supervisão e monitoramento são constantes.

De acordo com o número de vacinas que o PNI tem disponibilizado para a população, a Central Estadual de Rede de Frio (CERF) e as Centrais Regionais de Rede

de Frio (CRRF) receberam recursos financeiros específicos do PNI para seu fortalecimento. Em 2015, foram adquiridas as câmaras refrigeradas para CRRF. Em 2016, foram entregues ar condicionado, bancadas, freezer. Os furgões estão em processo de compra e serão entregues para as CRRF. Deverá ser iniciada também a expansão de compra de equipamentos para as Centrais Municipais de Rede de Frio (Valparaíso, Goiânia e Rio Verde).

O Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais apresenta área física, refrigerador inadequado e recursos humanos reduzidos, contudo está previsto a reestruturação da área física, a compra de câmara refrigerada e adequação do número de recursos humanos para garantir a qualidade do serviço oferecido.

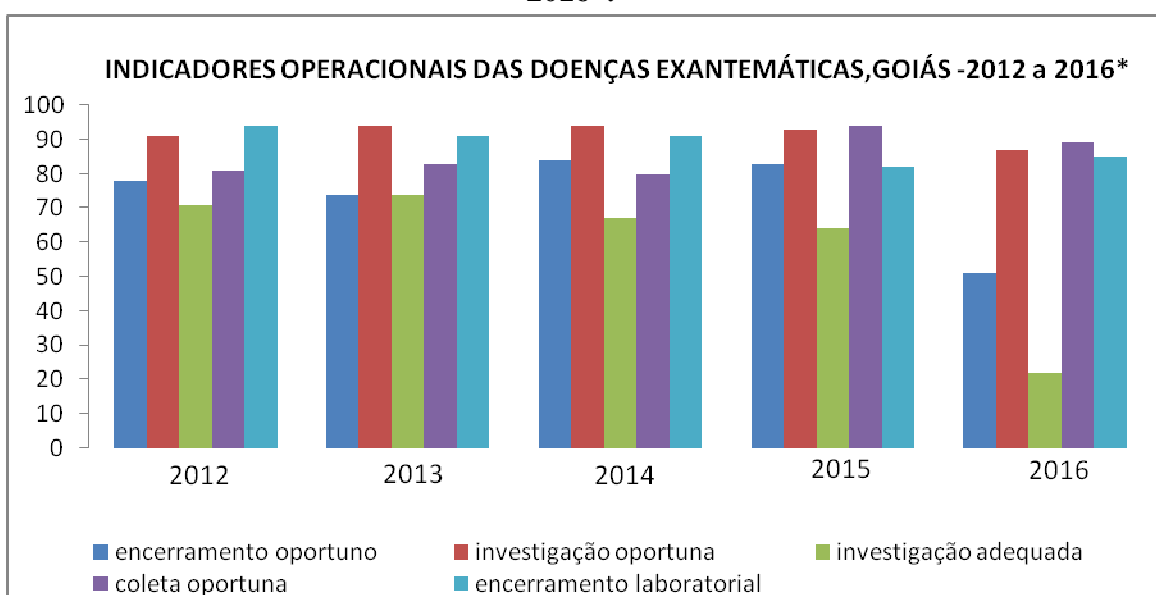
#### 1.1.2.4 Doenças Imunopreviníveis

As doenças imunopreviníveis, embora apresentem características epidemiológicas distintas, tem na vacinação seu principal meio de controle. O sucesso do Programa Nacional de Imunização (PNI) contribuiu de maneira fundamental tanto para a erradicação de doenças como a poliomielite, eliminação do sarampo e rubéola, processo de eliminação do tétano neonatal, como para a redução e controle da influenza e coqueluche, meningite por *Haemophilus influenzae* e meningococo C.

##### 1.1.2.4.1 Sarampo e Rubéola

Embora venha ocorrendo surto de sarampo no Brasil desde 2011, principalmente na Região Nordeste, em Goiás, os últimos casos de sarampo e rubéola ocorreram em 1999 e 2008 respectivamente, no entanto, ao analisar os indicadores operacionais do Estado, estes demonstram que a vigilância deve ser aprimorada, principalmente o encerramento por critério laboratorial.

**Gráfico 33: Indicadores operacionais das doenças exantemáticas, Goiás, 2012 a 2016\*.**



Fonte: SINAN net \*dados preliminares

#### 1.1.2.4.2 Coqueluche

A coqueluche é uma doença infectocontagiosa, transmissível de distribuição universal. No Estado de Goiás a coqueluche está em nível endêmico, porém, observamos um aumento no número de casos a partir do ano de 2011 como mostra o gráfico abaixo. Esse comportamento da doença foi observado em todo território nacional. A partir de novembro/2014 houve a introdução da vacina acelular contra difteria, tétano e coqueluche - DTPA para gestantes e profissionais de saúde que atendem recém-nascidos, essa estratégia visa diminuir o número de casos de coqueluche na faixa etária mais acometida pela doença, os menores de seis meses, principalmente os menores de 03 meses.

**Gráfico 34: Casos suspeitos notificados de coqueluche – Goiás- 2011-2015\*.**

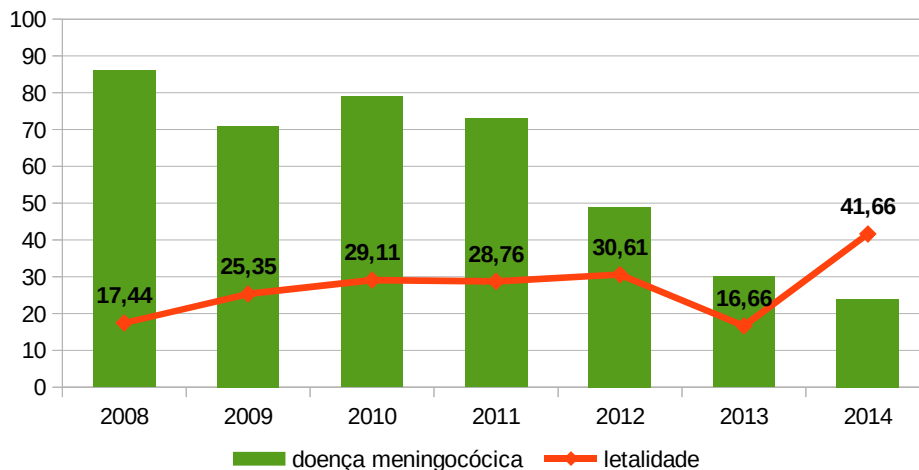


Fonte: SINAN/SUVISA/GVEDT.

#### 1.1.2.4.3 Meningite

No Estado de Goiás, períodos de 2008 a 2014 foram notificados 12.874 casos suspeitos de meningite, com a confirmação de 7.775 casos. Destes, 412 foram por doença meningocócica, casos mais graves da doença, e 84 casos evoluíram para óbito. Em 2014, dos 298 casos confirmados de meningite, 124 foram de doença meningocócica (DM), sendo que 10 casos foram a óbito - Gráfico 35 - dados que configuram aumento da taxa de letalidade em relação aos períodos anteriores. A letalidade em 2014 foi de 41,66%, considerada elevada em comparação com a situação da doença no Brasil, que se situa em torno de 20% nos últimos anos.

**Gráfico 35: Nº de casos e letalidade de doenças Meningocócica- Goiás-2008-2014\*.**



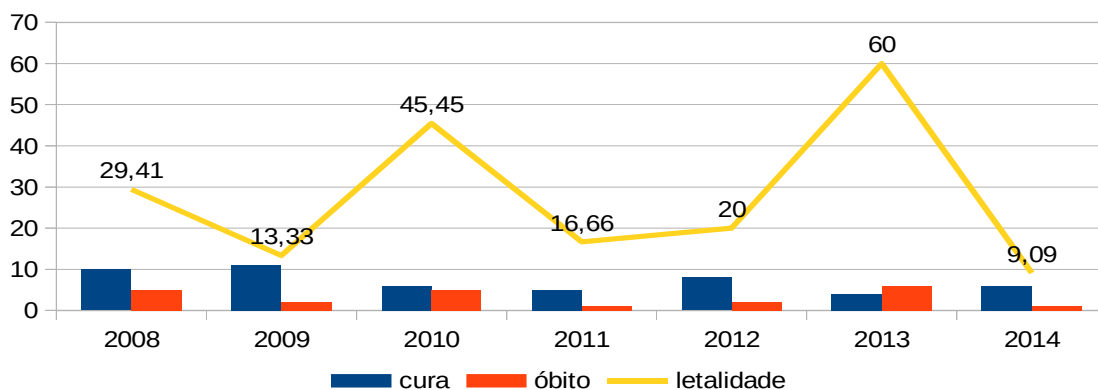
Fonte: SINAN-NET/SES/SUVISA/GVE \*2014- dados preliminares.

#### 1.1.2.4.4 Tétano Acidental

No Gráfico 36 verificamos a notificação de 93 casos suspeitos de tétano acidental no período de 2008 a 2014, confirmados 80 e, dentre estes, 22 foram a óbito. A letalidade em 2014 foi de 9,9%, sendo considerada baixa quando comparada com a dos países desenvolvidos, que se apresenta entre 10 a 17%.

**Gráfico 36: Casos confirmados e letalidade de tétano acidental- Goiás-2008-2014\*.**

Casos de Tétano Acidental segundo evolução e letalidade, Goiás, 2008 a 2014



Fonte: SINAN/SUVISA/SES-GO \* 2014- dados preliminares.

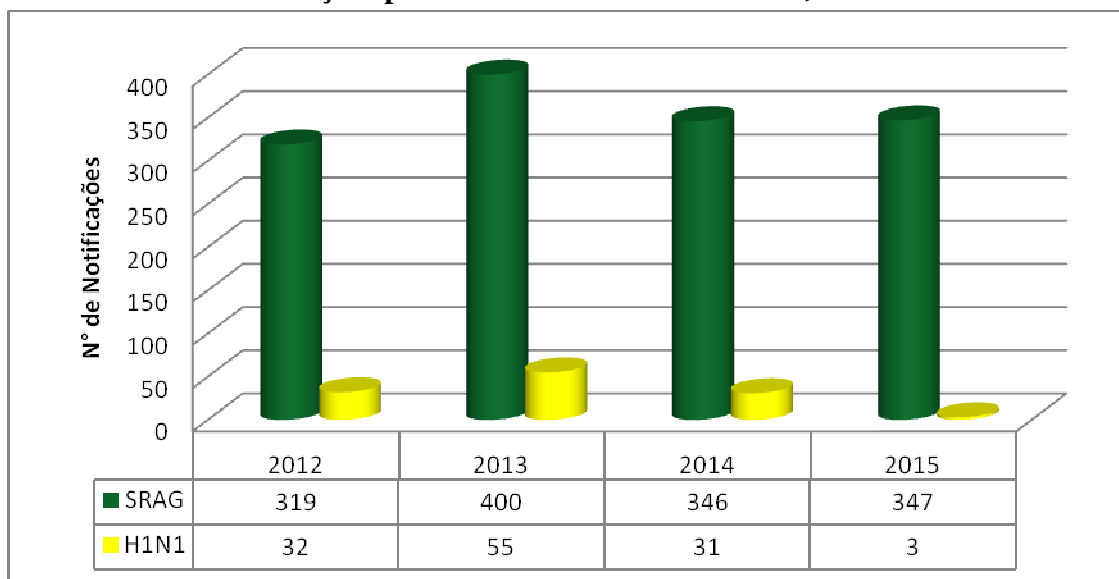
#### 1.1.2.4.5 Síndrome Respiratória Aguda Grave

Após a pandemia de Influenza A, em 2009, houve uma redução dos casos e óbitos da doença. Então o Ministério da Saúde percebeu que outros agentes etiológicos, além do vírus tipo A/ H1N1 podem provocar comprometimentos respiratórios importantes. Então, a vigilância epidemiológica da influenza foi ampliada para o

monitoramento dos casos graves de gripe, definidos como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

A SRAG é um quadro clínico caracterizado pela ocorrência da síndrome gripal (febre, tosse ou dor de garganta e cefaleia, mialgia ou artralgia), associada a sinais de gravidade (dispneia, desconforto respiratório, piora na doença de base e/ ou hipotensão). Com a implantação desta nova proposta de vigilância em 2012 podemos notar que os casos de influenza A/H1N1 correspondem a uma pequena proporção dos comprometimentos respiratórios graves notificados no Estado de Goiás.

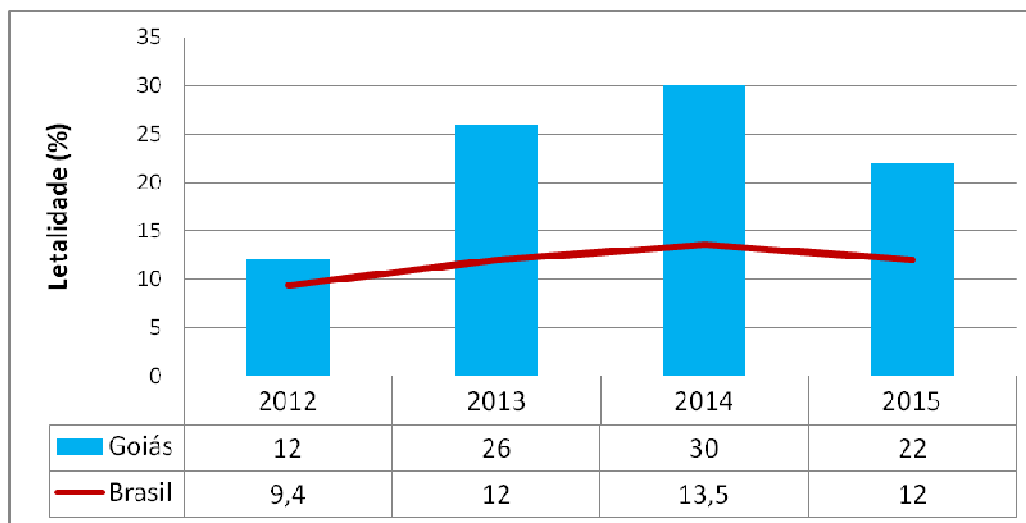
**Gráfico 37: Notificações por SRAG e Influenza A/H1N1, Goiás 2012 – 2015\*.**



Fonte: SINAN/ Web Influenza/ SES/ SUVISA/ GVE \* Dados Preliminares até o dia 15/04/2016.

A quantidade de casos notificados de SRAG em Goiás não é muito elevada se comparada a outros estados. Entretanto, as altas taxas de letalidade da doença têm preocupado as autoridades sanitárias. Desde 2012, a letalidade por SRAG tem se mantido acima da média nacional, reforçando a necessidade de melhorar o manejo clínico da doença e de reduzir a subnotificação dos casos suspeitos.

**Gráfico 38: Comparativo da Letalidade por SRAG no Brasil e Estado de Goiás, 2012 2015\*.**

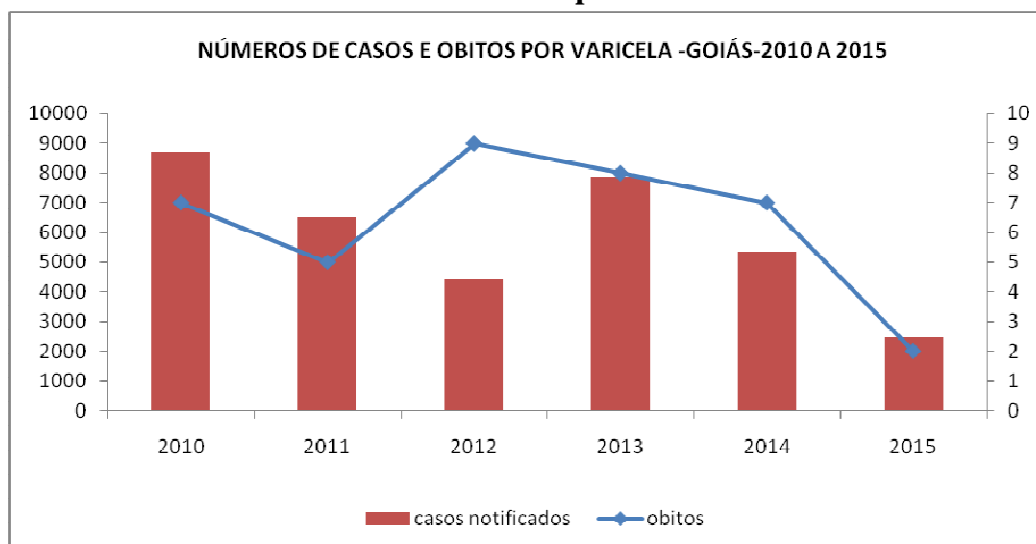


Fonte: SINAN/ Web Influenza/ SES/ SUVISA/ GVE\* Dados Preliminares até o dia 15/04/2016.

#### 1.1.2.4.6 Varicela

Quanto à varicela (catapora), no período de 2013 até 2015, foram notificados 15.592 casos, o que representa uma redução de 20% em relação ao último triênio – Gráfico 39, com uma média de 5.761 casos/ano, no entanto, ocorreram 17 óbitos, representando redução de 20 % em relação ao mesmo período.

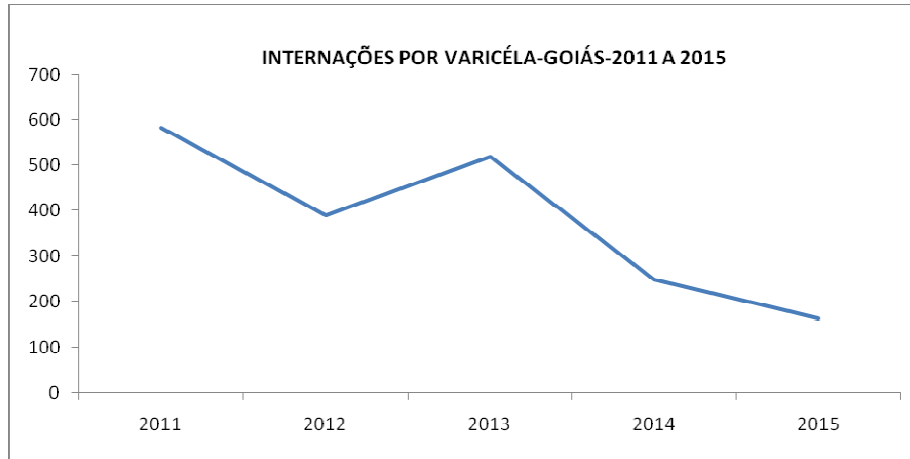
**Gráfico 39: Números de Casos e Óbitos por Varicela – Goiás 2010 a 2015.**



Fonte: SINAN net \*dados preliminares

Quanto às internações, observa-se uma redução de 41% nos anos de 2013 a 2015, demonstrando uma redução significativa da incidência de casos graves se comparados aos 03 anos anteriores (Gráfico 40).

**Gráfico 40: Internações por Varicela – Goiás 2011 a 2015.**



Fonte: SINAN net \*dados preliminares

Em setembro de 2014, foi acrescentada ao calendário da rede básica de saúde a vacina para varicela em crianças de 15 meses, porém, ainda não é possível avaliar o seu impacto na incidência e prevalência da varicela em nosso Estado.

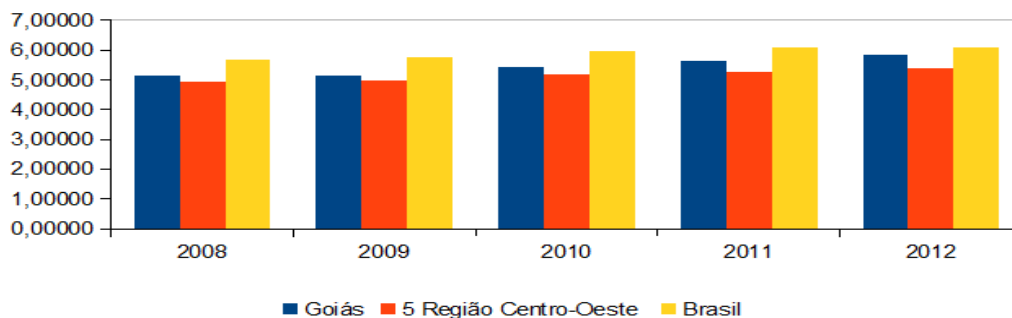
### 1.1.2.5 Mortalidade Geral

A taxa de mortalidade é um indicador que reflete o número de óbitos por 1.000 habitantes de uma população num determinado período de tempo.

A Taxa Bruta de Mortalidade mede o risco de morte para o total da população, independente de sexo, idade ou causa de óbito. A análise de taxas brutas de mortalidade apresenta algumas dificuldades, uma vez que estas não levam em conta a probabilidade de morte segundo características das pessoas (sexo, idade, etnia, condições sociais, etc.), para uma análise de mortalidade é necessária à padronização.

Essa padronização deve ser feita em virtude das taxas de mortalidade aumentar com o envelhecimento da população. Existem técnicas estatísticas que permitem a padronização ou ajustamento das taxas, de forma que seja possível a comparação delas em populações diferentes, eliminando o efeito das diferenças de estrutura etária dessas populações. De modo geral, observa-se que a Taxa Bruta de Mortalidade no Estado de Goiás é maior que a média da região Centro Oeste e menor que a média do país apresentando frequência crescente a cada ano.

**Gráfico 41: Taxa bruta de mortalidade de 2008 a 2012.**



Fonte: Ministério da Saúde.



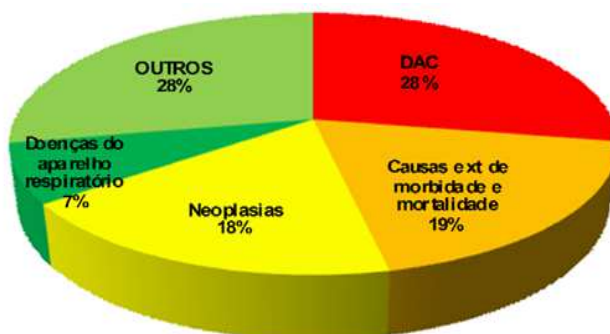
**Tabela 9: Taxa Bruta de Mortalidade.**

Taxa Bruta de Mortalidade					
	2008	2009	2010	2011	2012
Goiás	5,15757	5,14587	5,43923	5,61677	5,84891
Região Centro-Oeste	4,93117	4,95356	5,19018	5,26088	5,39679
Brasil	5,68003	5,76082	5,96022	6,08432	6,08922

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Em relação aos principais grupos de causa de morte em Goiás, as causas externas, se apresentam em 2º lugar, perdendo para as doenças do aparelho circulatório. As causas externas expressam-se com alto impacto no adoecimento e morte da população, especialmente na mortalidade precoce, na diminuição da expectativa e qualidade de vida de adolescentes, jovens e adultos. Esse grupo de causas tem mostrado um crescimento importante em Goiás, especialmente em função das agressões.

**Gráfico 42: Mortalidade, principais grupos de causa na faixa de 30 a 69 anos - Goiás 2012.**



Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

**Gráfico 43: Mortalidade, principais grupos de causa - Goiás 2012.**

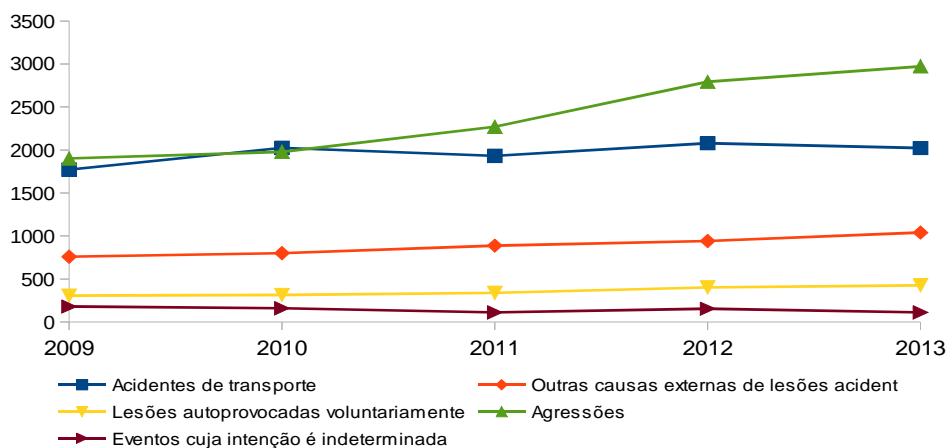


Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

### 1.1.2.5.1 Mortalidade por causas externas

No Estado de Goiás, dentre as causas externas, o Gráfico 44 demonstra que, em 2010, os acidentes de transporte foram a principal causa de mortes, contudo, nos demais períodos, os óbitos por acidentes de transporte configuraram o 2º lugar, sendo que o principal fator é caracterizado pelas agressões.

**Gráfico 44: Óbitos por Causas Externas, por Residência. Goiás, 2009-2013.**



Fonte: SINAN/VIVA/GVE/SUVISA/SES-GO.

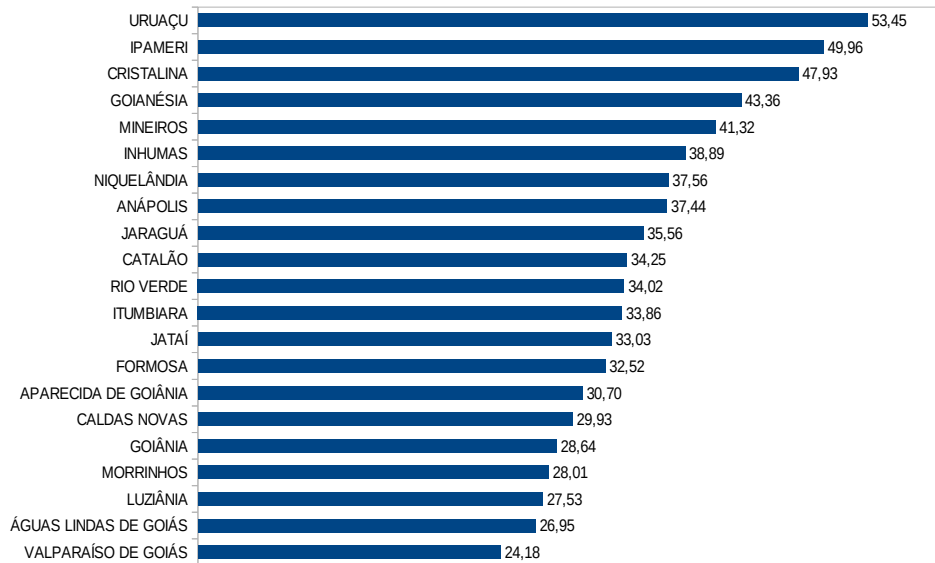
No período de 2009 a 2013, a mortalidade por causas externas atinge especialmente a população masculina (aproximadamente 80%) e principalmente os jovens. No sexo masculino, as agressões representam o primeiro tipo de causa de óbito com aproximadamente 45%, seguida de acidentes de transporte com 33%. Ao contrário, no sexo feminino os acidentes de transporte superam as agressões com 39% e 23%, respectivamente.

**Tabela 10: Óbitos por causas externas segundo sexo e tipo de causas, Goiás, 2013.**

Grande Grupo CID10	Masc	Fem	Ign	Total
V01-V99 Acidentes de transporte	1609	413	1	2023
W00-W19 Quedas	294	253	0	547
W20-X59 Outras causas externas de lesões acident	348	90	0	438
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	336	91	0	427
X85-Y09 Agressões	2695	271	6	2972
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	86	25	1	112
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	3	0	0	3
Y40-Y84 Complic. assistência médica e cirúrgica	13	13	0	26
Y85-Y89 Sequelas de causas externas	24	3	0	27
<b>TOTAL</b>	<b>5408</b>	<b>1159</b>	<b>8</b>	<b>6575</b>

Fonte: SINAN/VIVA/GVE/SUVISA/SES-GO.

**Gráfico 45: Taxa de Mortalidade média por acidentes de transporte terrestre dos 21 municípios prioritários eleitos pelo Observatório de Mobilidade e Saúde Humanas (OMSH) em Goiás entre o período de 2009 a 2013.**



Fonte: SINAN/VIVA/GVE/SUVISA/SES-GO.

Estes 21 municípios goianos são responsáveis por aproximadamente 60% das mortes por acidentes de transporte terrestre em Goiás. Uruaçu apresenta a maior taxa de mortalidade. Isso provavelmente se deve pelo fato dessa cidade ser cortada por várias rodovias, tais como: GO 060 e 040 e BR - 153 (conhecida como Belém - Brasília).

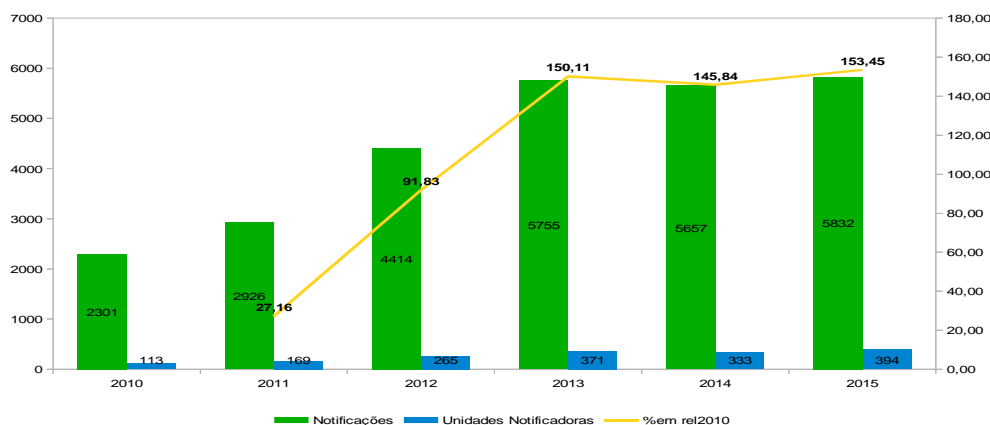
Ainda em relação às causas externas, a violência interpessoal autoprovocada, de notificação compulsória, apresentou um aumento considerável na proporção anual desse agravo registrado no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), conforme mostra a figura abaixo (Gráfico 46). Uma das razões que explicam o aumento das notificações de violência interpessoal/autoprovocada está relacionada às capacitações e supervisões que a Coordenação Epidemiológica de Vigilância de Violência e Acidentes tem realizado desde 2011 com os profissionais de saúde e áreas afins em todas as regionais de saúde do Estado.

Essas capacitações visam à implantação e implementação da Rede de Atenção a vítima de violência, o preenchimento correto da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal /Autoprovocada, a qualificação do profissional de saúde no acolhimento e um olhar diferenciado nos sinais e sintomas que sugerem casos suspeitos ou confirmados de violência que chegam às unidades, além do levantamento do perfil da violência a nível local - para que a partir de então políticas públicas sejam implementadas para redução desse agravo.

Na Ficha são notificados casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente são objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Mesmo diante desse aumento no número de notificações de violência interpessoal/autoprovocada e de unidades notificadoras, nos municípios goianos, os resultados apresentados apontam também, a necessidade de continuação no incentivo ao processo de notificação uma vez que mediante o aporte populacional do Estado de Goiás, ainda há um grande número de municípios silenciosos e /ou subnotificantes.

**Gráfico 46: Percentual de aumento das notificações de violência interpessoal/autoprovocada (em relação ao ano de 2010) e número absoluto das unidades notificadoras, Goiás, 2010-2015.**



Fonte: SINAN/VIVA/GVE/SUVISA/SES-GO (extraído em 10/03/2015).

### 1.1.2.5.2 Neoplasias

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) observa-se que no ano de 2013, as neoplasias constituíram-se na terceira causa de morte em Goiás, com 14,5%. Neste mesmo ano a taxa bruta de mortalidade pelo câncer de traqueia, brônquios e pulmões foram de 14,4 a cada 100 mil homens, o câncer de próstata foi de 13,5; seguido destes, aparecem o câncer de estômago (6,1), cólon e reto (5,6) e esôfago (4,8).

Na população feminina o câncer de mama aparece em primeiro lugar na taxa bruta de mortalidade, com 11,3 mortes a cada 100 mil mulheres, seguido do câncer de traqueia, brônquios e pulmões (9,1), cólon e reto (6,6) e colo do útero (4,9).

Para o ano de 2016, estimam-se, para os homens, uma média de 2070 casos de câncer de próstata, com um risco estimado de 65,22 casos para 100 mil homens; 470 casos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, com a taxa de 14,70. Para as mulheres, estima-se uma média de 1.680 casos de câncer de mama, com um risco estimado de 52,09 casos para cada 100 mil mulheres; seguido do câncer de colo do útero com 600 novos casos e uma taxa de 18,76.

Segundo os dados do Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM), para o ano de 2013, a maior taxa bruta de mortalidade entre as mulheres em Goiânia foi pelo câncer de mama, com 19,9 mortes a cada 100 mil mulheres. Já entre os homens, a maior taxa foi a do câncer de traqueia, brônquios e pulmões, com 20,5 mortes a cada 100 mil homens.

**Tabela 11: Taxa de mortalidade por Neoplasia - Goiânia – 2013.**

<b>Tipo de Neoplasia</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
Mama	19,9	-
Traqueia, brônquios e pulmões	11	20,4
Cólon e reto	11,9	10,5
Próstata	-	16,8

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

#### 1.1.2.5.3 Mortalidade proporcional por idade

A Mortalidade Proporcional por Idade mede a distribuição percentual dos óbitos por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O Estado de Goiás acompanha a tendência nacional de mortalidade concentrada nos grupos etários mais elevados, conforme pode ser observado na comparação de dados nos anos de 2008 e 2013, como resultado da redução da mortalidade infantil e do aumento da expectativa de vida que vem ocorrendo desde meados do século passado.

Em relação à mortalidade do grupo constituído pelas doenças do aparelho circulatório, observa-se um aumento acentuado dos óbitos a partir de 20 anos de idade, (Tabela 12).

**Tabela 12: Mortalidade proporcional por faixa etária em anos – 2008 e 2013.**

<b>Mortalidade Proporcional por Idade</b>								
<b>Ano e faixa etária</b>	<b>2008</b>							
	<b>Menor 1 ano</b>	<b>1 a 4 anos</b>	<b>5 a 9 anos</b>	<b>10 a 14 anos</b>	<b>15 a 19 anos</b>	<b>20 a 59 anos</b>	<b>60 anos e mais</b>	<b>Idade ignorada</b>
Goiás	4,03	0,65	0,42	0,58	2,00	36,07	55,77	0,48
Região Centro-Oeste	4,77	0,84	0,47	0,66	2,10	36,55	54,16	0,43
Brasil	4,09	0,71	0,43	0,54	1,75	31,77	60,33	0,38
<b>Mortalidade Proporcional por Idade</b>								
<b>Ano e faixa etária</b>	<b>2013</b>							
	<b>Menor 1 ano</b>	<b>1 a 4 anos</b>	<b>5 a 9 anos</b>	<b>10 a 14 anos</b>	<b>15 a 19 anos</b>	<b>20 a 59 anos</b>	<b>60 anos e mais</b>	<b>Idade ignorada</b>
Goiás	3,62	0,54	0,30	0,48	2,30	34,88	57,45	0,43
Região Centro-Oeste	4,06	0,74	0,39	0,52	2,35	34,77	56,77	0,40
Brasil	3,22	0,52	0,31	0,45	1,77	29,93	63,48	0,32

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

#### 1.1.2.5.4 Mortalidade Infantil

A *Taxa de Mortalidade Infantil* (TMI) mede o risco de morte para crianças menores de um ano de um dado local e período, esse indicador reflete as condições de vida de uma população, dado que a criança com menos de um ano é extremamente sensível às condições socioeconômicas e ambientais.

O estado de Goiás apresentou um declínio das TMI nos anos de 2008 a 2010, voltando a apresentar taxas mais elevadas nos anos de 2011 a 2012, declinando em 2013. E superou as taxas da Região Centro-Oeste e Brasil (Tabela 13).

**Tabela 13: Taxa Bruta de Natalidade – 2008 a 2012 - Goiás – Região Centro Oeste – Brasil.**

Taxa Bruta de Natalidade						
Ano Epidemiológico	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Goiás	14,96	14,76	14,57	14,76	15,15	14,74
Região Centro-Oeste	16,26	15,84	15,71	15,91	15,97	15,65
Brasil	15,48	15,05	15,00	15,14	14,98	14,44

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC.

**Tabela 14: Taxa de Mortalidade Infantil – 2008 a 2012. Goiás – Região Centro Oeste – Brasil.**

Taxa Mortalidade Infantil						
Ano Epidemiológico	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Goiás	13,89	13,29	12,75	13,97	14,40	13,86
Região Centro-Oeste	14,48	14,62	13,79	13,46	13,60	13,62
Brasil	15,03	14,80	13,93	13,63	13,46	13,42

Fontes: Ministério da Saúde: SIM/SINASC.

As maiores Taxas de Mortalidades Infantis entre 2008 a 2013 foram no período neonatal e principalmente no neonatal precoce e em 2013 esta última faixa (0 a 6 dias) foi responsável por 52,66% dos óbitos infantis e as afecções originadas no período perinatal representaram o principal grupo de causas das mortes nesta faixa e ano.

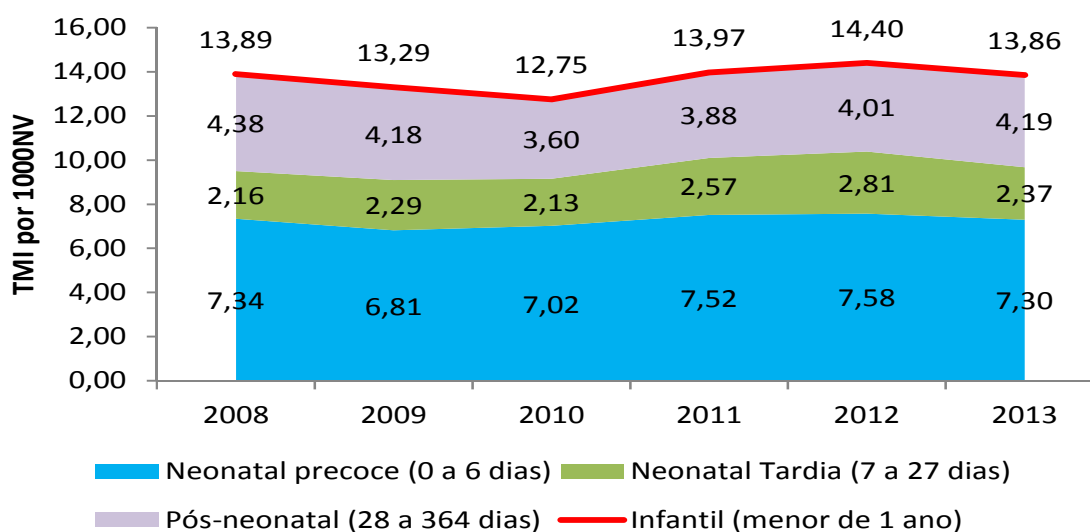
As principais causas de óbito em menores de um ano no período de 2008 a 2013 foram P22 Desconforto respiratório do recém-nascido, P36 Septicemia bacteriana do recém-nascido e Q24 malformação congênita do coração.

**Tabela 15: Taxa de Mortalidade Infantil por faixa etária, Goiás – 2008 a 2013.**

Taxa Mortalidade Infantil						
Ano e Faixa Etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Infantil (menor de 1 ano)	13,89	13,29	12,75	13,97	14,40	13,86
Neonatal precoce (0 a 6 dias)	7,34	6,81	7,02	7,52	7,58	7,30
Neonatal Tardia (7 a 27 dias)	2,16	2,29	2,13	2,57	2,81	2,37
Pós-neonatal (28 a 364 dias)	4,38	4,18	3,60	3,88	4,01	4,19

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC.

**Gráfico 47: Taxa de Mortalidade Infantil por faixa etária, Goiás - 2008 a 2013.**



Fontes: MS/SVS/CGIAE – SIM/SINASC

### 1.1.2.5.5 Mortalidade materna

Segundo os dados registrados no Sistema sobre Mortalidade (SIM)/ Módulo Federal, a Razão de Mortalidade Materna em 2012 foi de 56,82 por 100.000 nascidos vivos, registrando a taxa mais elevada entre os anos de 2008 a 2013, o que configura um grave problema de saúde pública (Tabela 16 e Gráfico 48).

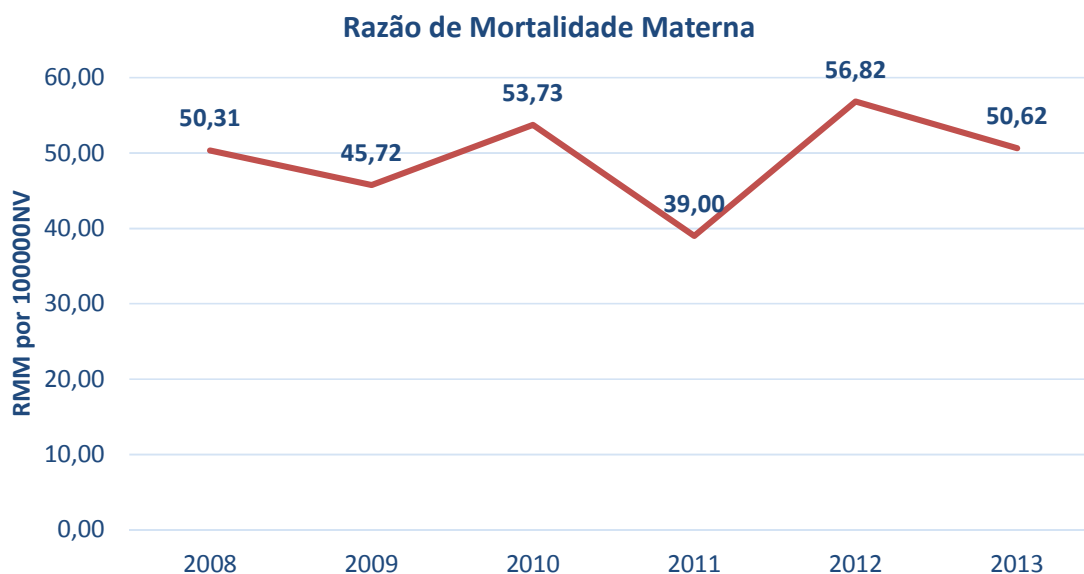
Os óbitos maternos em Goiás são, significativamente, elevados e preocupantes, tornando-se um desafio para os serviços de saúde.

A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

**Tabela 16: Razão de Mortalidade Materna, Goiás – 2008 a 2013.**

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Óbitos Maternos em Goiás	44	40	47	37	54	50
Nascidos Vivos	87462	87485	87476	89742	93274	94822
Razão de Mortalidade Materna	50,31	45,72	53,73	39,00	56,82	50,62

Fonte: MS/SVS/CGIAE - SIM/ SINASC

**Gráfico 48: Razão de Mortalidade Materna (RMM) – Goiás.**

Fonte: MS/SVS/CGIAE - SIM/SINASC

**Tabela 17: Óbitos de mulheres em idade fértil - MIF – Goiás – 2008 a 2013.**

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Óbitos de mulheres em idade fértil	2099	2212	2216	2256	2255	2308
Total de óbitos de MIF investigados	291	878	1057	2046	2089	2155
% de óbitos de MIF investigados	13,86	39,69	47,70	90,69	92,64	93,37

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

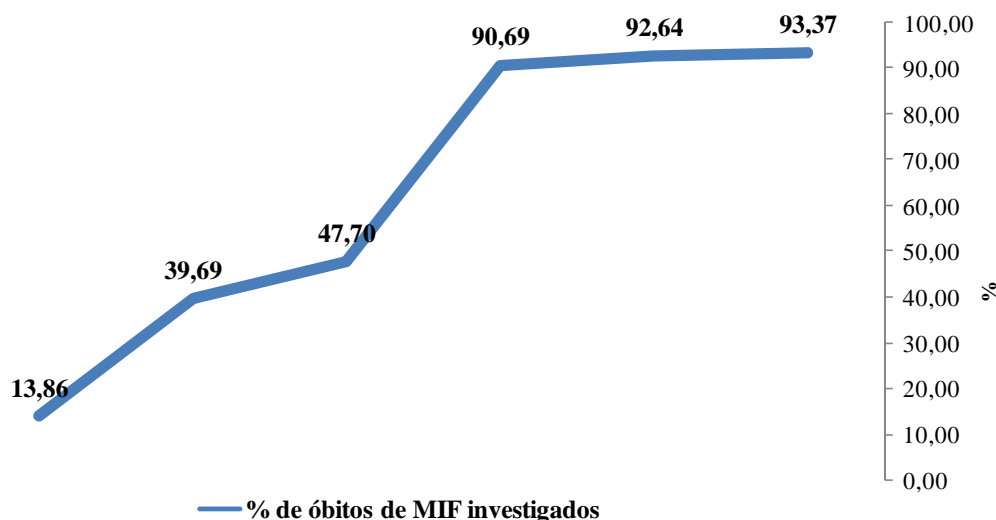
As Mulheres em Idade Fértil – MIF representam uma parcela importante da população geral, sendo relevante estudar o perfil de sua mortalidade, como a morte materna ocorre entre mulheres em idade fértil, definiu-se este período como se iniciando aos 10 anos e finalizando aos 49 anos (Tanaka & Mitsuiki, 1999).

A análise dessas mortes permite captar informações que expliquem sua ocorrência e, assim, criar condições que possibilitem identificar sua especificidade e buscar formas de prevenção.

No Estado de Goiás no ano de 2013 os três grupos principais causas básicas de óbitos identificadas em ordem de frequência em MIF são Neoplasias malignas e destas, destaque para Neoplasia Maligna da Mama, Acidentes, sendo o de transporte o principal e por último Agressões.



**Gráfico 49: Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, Goiás. 2008 a 2013.**



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM /Módulo Federal.

O Gráfico 49 mostra uma significativa melhora no percentual de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil- MIF, esse resultado se deve ao trabalho das equipes de vigilância epidemiológica municipal e estadual, que desenvolveram um trabalho integrado seguindo diretrizes do Ministério da Saúde, o qual estabelece que os óbitos maternos e de mulheres em idade fértil independente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, visando levantar fatores determinantes, possíveis causas, assim como subsidiar a adoção de medidas que possam evitar eventos semelhantes.

A investigação de óbito em MIF, cujas causas possam ocultar um óbito materno, tem reduzido a subnotificação no Estado. Desta maneira, a realização de investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, analisando a confiabilidade e a validade dos dados contidos na declaração de óbito, é de extrema relevância para determinação de informações estatísticas e produção de indicadores mais acurados.

## 1.2 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

### 1.2.1 Aspectos Socioeconômicos

O Estado de Goiás situa-se na Região Centro-Oeste do País, ocupando uma área de 340.086 km<sup>2</sup>. Sétimo estado em extensão territorial, Goiás tem posição geográfica privilegiada. Limita-se ao norte com o Estado do Tocantins, ao sul com Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, a leste com a Bahia e Minas Gerais e a oeste com o Mato Grosso.

Possui 246 municípios e uma população estimada em 2015, segundo o IBGE, de 6.610.681 habitantes ante 6.003.788 habitantes em 2010, um incremento de aproximadamente 10,11%. Além da capital, estão entre as cidades mais populosas do estado e com mais de 100.000 habitantes: Aparecida de Goiânia, Anápolis, Rio Verde, Luziânia, Águas Lindas de Goiás, Valparaíso de Goiás, Trindade, Formosa, Novo Gama, Itumbiara e Senador Canedo.

#### 1.2.1.1 Economia

O Estado de Goiás apresenta grande importância e dinamismo econômico, puxados principalmente pela atividade agropecuária. O aumento de produtividade e diversificação de culturas endossa tal avanço.

Apesar de um ambiente desfavorável no cenário econômico nacional e internacional no ano de 2012 – motivados por agravamento de crise fiscal, política e bancária na Europa e redução do crescimento da economia americana – a economia goiana apresentou taxa de crescimento econômico superior a média brasileira no mesmo período.

Segundo dados 2012 do Instituto Mauro Borges, a taxa de crescimento da economia Goiana foi superior à da média brasileira. O PIB Goiano cresceu 5,4% (onde o crescimento da agropecuária foi de 8,4%, dos serviços 5,5% e da indústria 4,8%). O PIB Goiano representa 2,8% do PIB Nacional e Goiás ocupa a 9ª posição no ranking. A variação nominal do PIB Goiano foi de 11,4% (a 5ª maior no Brasil e acima da média nacional de 6,0%) e o PIB per capita manteve a 11ª posição. Goiás foi o único Estado a obter ganho de participação nas 03 atividades (agropecuária, de indústria e de serviços).

Com o crescimento do PIB de 5,4%, a economia goiana atinge um volume de aproximadamente R\$124 bilhões, influenciado pelo crescimento de 8,4% na agricultura, 5,5% no setor de serviços e 4,8% na indústria, o Estado de Goiás atingiu a 9ª posição no ranking nacional – representando uma participação de 2,8% no PIB nacional em 2012. Nosso PIB *per capita* apresenta um valor de R\$ 20.134,26.

No ano de 2012, a região centro-oeste participou com 9,8% do PIB nacional. Neste período o estado de Goiás foi responsável por 28,8% da produção gerada pela Região de acordo com o PIB goiano de 2012.

Ocorreram avanços na indústria goiana, por meio de uma maior diversificação do setor, com destaque para alimentos e bebidas, produtos químicos, cadeia automobilística, aço e derivados e recentemente com a cadeia produtiva da cana-de-

açúcar, com a produção de etanol e açúcar.

No cenário externo em 2012, as exportações goianas aumentaram 27,3% em comparação a 2011 com forte ênfase para commodities agrícolas e minerais, atingindo um volume de US\$7.135 bilhões. Já as importações atingiram um volume de US\$5,124 bilhões, um decréscimo de 10,5%, resultando um superávit de US\$2,011 bilhões na balança comercial. O volume do comércio internacional goiano já representa 11,5% do PIB.

### 1.2.1.2 Agropecuária

No acumulado 2002/2012 a agropecuária goiana cresceu 2,6 vezes mais que a nacional (taxa média anual de 6,4%).

No setor agropecuário culturas como soja, cana-de-açúcar e milho no Estado de Goiás ganharam destaque no cenário nacional no ano de 2012. Goiás é o 3º maior produtor de soja, 3º maior produtor de milho e 3º maior produtor de cana-de-açúcar no Brasil.

Na pecuária possuía o 3º maior rebanho bovino do país. O valor agregado do setor representa 13% do valor agregado total com riqueza gerada de R\$14,2 bilhões.

Tomates, grãos, leite, suínos, trigo e aves também representam bem a economia goiana, distribuídos entre os 10 (dez) maiores volumes produzidos no Brasil.

### 1.2.1.3 Indústria

No acumulado 2002/2012 Goiás obteve um crescimento médio anual de 5,2%.

A atividade industrial atingiu R\$28,4 bilhões em valor agregado, representando 26,3% do total. Grande peso teve a indústria de construção civil (crescimento de 11,6%), produção e distribuição de eletricidade, gás e água (crescimento de 10,5%).

O segmento de construção civil representou 25% do setor industrial goiano em 2012. Já a indústria de transformação apresentou participação de 54% no período, com destaque para alimentos e bebidas, fabricação de automóveis, aço e derivados, têxteis, cimento, móveis, vestuário e farmacêutico.

### 1.2.1.4 Serviços

No acumulado 2002/2012 Goiás obteve um crescimento médio anual de 4,7%.

O setor de serviços representa o maior peso da economia goiana em 2012, com volume de R\$ 65.351 bilhões. Dentre as atividades de destaque têm-se: transportes e armazenagem, comércio, intermediação financeira, seguros e previdência complementar e serviços de informação.

## 1.2.2 Condições de Vida e Saúde

O Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (IMB/SEGPLAN-GO) disponibilizou ao público, em 2014, a oitava edição “Goiás no Contexto Nacional” com informações econômicas e sociais. O estado de Goiás é o mais populoso do Centro-Oeste. Entre 2000 e 2014, a taxa média anual de crescimento foi de

1,91%, maior que a nacional (1,28%) e pouco abaixo da do Centro-Oeste (1,94%).

Na demografia, o alto crescimento geométrico populacional goiano pode ser explicado por dois fenômenos demográficos de grande importância que influenciam na dinâmica populacional goiana, que são: migração e o aumento da expectativa de vida da população.

O primeiro fenômeno, segundo dados do IBGE 2010, aproximadamente 28% da população de Goiás é composto por imigrantes, vindos principalmente, dos estados de Minas Gerais, São Paulo, Maranhão, Bahia, Piauí, como também do Distrito Federal. O Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos da Secretaria de Gestão e Planejamento (IMB/Segplan) divulgou o estudo *Panorama da Migração em Goiás* que aponta que o Estado tem mais de 28% de habitantes nascidos em outros estados brasileiros, totalizando mais de 1,6 milhões de pessoas. Minas Gerais é o estado de origem da maior parte dos migrantes que chegaram a Goiás. Evidencia desigualdade socioeconômica entre esses imigrantes e os demais residentes no Estado, tanto no que diz respeito ao acesso a serviços públicos como abastecimento de água tratada e saneamento básico, quanto às condições financeiras. O estudo pondera também que 71% dos nascidos em Goiás que deixam o País buscam a Europa, com ênfase na Espanha e em Portugal, enquanto 22% têm como destino os Estados Unidos.

Dados do Censo Demográfico de 2010, os mineiros somavam 302.813 habitantes, o equivalente a 5,1% da população total do Estado. Já a soma dos demais estados por região de origem dos migrantes em Goiás mostra que o Nordeste lidera o ranking com 41,8% dos migrantes, seguido do Sudeste, com 25,9% do total. O estudo revelou ainda, que quase 9 mil estrangeiros moram no estado, correspondendo a 0,1% de seus residentes.

O segundo fenômeno é quanto à expectativa de vida da população goiana que é de 72 anos. Essa parcela da população aumentou 56% em Goiás, na última década, acompanhando a tendência nacional. A população idosa saltou de 358 mil para 561 mil pessoas nos últimos dez anos. Em 2000, esse grupo correspondia a 7,1% dos moradores de Goiás. Agora, esse percentual passou para 10,4% do total de habitantes. No final das próximas três décadas, por volta de 2040, a tendência registrada é de que os idosos sejam quase 40% do povo goiano. Apesar de representar uma parcela crescente da população, eles continuam preteridos.

Quanto às características socioeconômicas, desta população, os idosos goianos têm menos: escolaridade, renda e casa própria em comparação com a média brasileira, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). E ainda vive em condições precárias de saneamento, o que interfere diretamente na saúde dessas pessoas. Quem está na terceira idade em Goiás teve média de 3,2 anos de estudo, um a menos que a média brasileira. No Brasil, 17,1% dos idosos têm mais de nove anos estudo enquanto no Estado esse percentual não passa de 13,2%. Moram predominantemente na zona urbana das cidades e a maioria são mulheres. Os números também mostram que mais pessoas brancas chegam à terceira idade em relação aos que se declaram negros ou pardos. Apenas 30% da população goiana na terceira idade têm seus recursos provenientes de outra fonte de renda.

No que se refere a saneamento básico, quanto ao abastecimento de água, apenas

8,4 % da população goiana, não possuem. Quanto ao esgotamento sanitário urbano, este é mais precário ainda, em Goiás 43,4% da população possui o benefício. A cobertura com a coleta de lixo ocorre em 95% dos municípios goianos (IMB,2014).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 2014, publicou a *Pesquisa Nacional de Saúde - PNS - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*, o tema foi abordado em suplementos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. Destacam-se alguns indicadores importantes para a avaliação do estado de saúde da população goiana.

Quanto à auto-avaliação de saúde da população goiana 66,3% consideraram boa ou muito boa. São considerados marcadores de padrão saudável de alimentação o consumo regular de frutas, legumes e verduras e o consumo regular de feijão. A pesquisa apontou que quanto ao consumo alimentar da população goiana, foi referido que: 81,7% consomem feijão regularmente; 45,7% consomem hortaliças e frutas; 45,7% consomem carne ou frango com excesso de gordura e 15,8% tem um consumo elevado de sal.

De acordo com a OMS o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é considerado um fator de risco das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como dos acidentes e violências. A pesquisa deste indicador possibilitou avaliar o padrão de uso de álcool na população adulta permitindo identificar a tendência de consumo, com ênfase no consumo de álcool habitual. Assim quanto ao uso de bebidas alcoólicas 27,4% da amostra da população goiana consomem bebidas alcoólicas. Quanto à condução de veículo motorizado após o consumo de bebidas alcoólicas, 31,7% afirmaram que já conduziram.

O tabagismo é um dos principais fatores de risco evitáveis à saúde, podendo contribuir para o desenvolvimento de várias doenças crônicas como doenças cardiovasculares, diversos tipos de câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, pneumonias e asma, problemas oculares como catarata e cegueira, entre outras. A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS investigou o uso de tabaco em pessoas de 18 anos ou mais de idade. Em Goiás, quanto ao uso do tabaco: 12,3% fazem uso diário do tabaco; 16,6% são ex-fumantes; 48,4% já tentaram parar de fumar e 16,1% já procuraram o serviço de saúde para tentarem parar de fumar.

A prática regular de exercícios físicos ou esportes é considerada como fator de proteção à saúde das pessoas. Quanto à atividade física 22,6% praticam o nível recomendado de atividade física e 32,8% considera ser fisicamente ativos.

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude relevante e respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. Em relação às doenças crônicas a pesquisa identificou 22% da amostra da população goiana tem diagnóstico de hipertensão. Deste percentual 64,6% receberam assistência médica para hipertensão nos últimos 12 meses; 44,7% receberam assistência nas Unidades Básicas de Saúde e 5,8% limitaram suas atividades habituais devido à hipertensão.

Foi estimado que 7,1% das pessoas de 18 anos ou mais de idade receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental. Deste percentual 43,2% fazem uso de medicação; 38,2% receberam Assistência médica; 84,99 % foram

encaminhados para um especialista em saúde Mental; 18,2% possuem grau intenso ou muito intenso de depressão e limitaram suas atividades habituais e 2% fizeram uso de medicamento para dormir nas últimas 02 semanas.

Quanto ao diabetes 6,4% referem diagnóstico médico de diabetes. Deste percentual, 58% obtiveram pelo menos um medicamento para diabetes no programa farmácia popular; 77,8% receberam assistência médica para diabetes nos últimos 12 meses e 6,2% tiveram limitações nas atividades habituais devido à diabetes.

Com relação às outras doenças crônicas: portar insuficiência renal crônica diagnosticada pelo médico foi referido em 2% dos pesquisados; 2,4% referem diagnóstico médico de DORT (Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho); 22,8% referem problema crônico de coluna e possuem grau intenso ou muito intenso de limitações nas atividades habituais devido ao problema crônico de coluna; 8% referem diagnóstico médico de artrite ou reumatismo; 3,6% referem-se ao diagnóstico de asma; 1,3 referem diagnóstico de AVC; 5,5% referem diagnóstico médico de alguma doença do coração e 11,5% referem diagnóstico médico de colesterol alto.

### 1.2.3 Tecnologia e Inovação em Saúde

A Tecnologia da Informação – TI tem sido apontada em inúmeros estudos nacionais e internacionais como elemento essencial para que os sistemas de saúde sejam mais eficientes, eficazes e resolutivos. Os imensos desafios a serem enfrentados pelo Sistema de Saúde no Brasil, como a ampliação do acesso, melhoria e resolutividade nos cuidados oferecidos, requerem a existência de informação de alta qualidade.

A Gerência de Tecnologia da Informação – GTI da SES/GO tem dentro do que lhe compete, contribuído para a manutenção e operação de sistemas de informação e suporte a infraestrutura tecnológica da SES. Esta contribuição pode ser ampliada na medida em que a GTI for considerada, na estrutura da SES não somente como um elemento operacional e burocrático, mas como parceira estratégica para a transformação e qualificação do Sistema de Saúde Goiano.

Atualmente a GTI atende as seguintes responsabilidades:

- ✓ Gestão da infraestrutura de hardware, software, redes e demais periféricos da SES/GO;
- ✓ Gestão do desenvolvimento e suporte as aplicações de interesse da Saúde;
- ✓ Gestão do suporte técnico e atendimento aos usuários.
- ✓ Sistema de registro eletrônico em saúde e sistemas DATASUS
- ✓ Gestão de banco de dados e BI.

A inserção da TI como elemento estratégico requer que, além das responsabilidades atuais, lhe seja atribuída a responsabilidade de:

- Propor, executar e acompanhar políticas de Tecnologia da Informação para o Sistema de Saúde;

Essa mudança de paradigma requer, primeiramente, que o corpo técnico/operacional detenha um conjunto de novas competências e habilidades, tais como:

- ✓ Entendimento aprofundado da missão da Secretaria de Estado de Saúde e da estrutura e operação do Sistema Único de Saúde;
- ✓ Identificação clara das metas pactuadas para os Projetos Estruturadores da Secretaria de Estado de Saúde;
- ✓ Utilização das melhores práticas tanto na gestão como na governança dos serviços de TI;
- ✓ Conhecimento para implementação e manutenção de arquiteturas padronizadas e estruturadas para a operação dos sistemas e soluções de saúde;

Adicionalmente, o sucesso da iniciativa de elevar a informação ao nível de insumo estratégico para gestão do Sistema de saúde, requer a existência de um elevado nível de comprometimento de todos os níveis de gestão com o gerenciamento e proteção da informação requisito essencial para a obtenção de resultados positivos na saúde das pessoas.

Para alcançar estes objetivos a GTI identifica a necessidade de realizar, de forma proativa e acelerada, um conjunto de ações que tem por meta atender aos seguintes requisitos:

- ✓ Alinhar as definições estratégicas da SES/GO com os objetivos de TI, garantindo que as ações realizadas estejam perfeitamente alinhadas aos objetivos estratégicos e tendo, como consequência, o reconhecimento das ações de TI para o Sistema de Saúde de Goiás;
- ✓ Melhorar os níveis de segurança e disponibilidade dos sistemas, serviços e informações;
- ✓ Ampliar a integração das informações produzidas, organizadas ou armazenadas pelo Sistema de Saúde de Goiás;
- ✓ Implantar e executar uma política consistente e permanente de aquisições de recursos e insumos de Tecnologia da Informação;
- ✓ Implantar e executar uma estratégia de comunicação mais robusta que fortaleça o papel da TI como parceira estratégica para a consecução da missão e dos objetivos da SES/GO;

O alcance de tal nível de maturidade e desempenho na TI, entretanto, esbarra em fatores críticos que necessitam ser tratados de forma eficiente e resolutiva:

- Comprometimento da alta gestão da SES/GO com o processo de transformação da TI de componente operacional para elemento estratégico da gestão da saúde;
- Estabelecimento de um Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI) em Saúde que identifique os objetivos a serem alcançados pela TI e que sistematize as necessidades de evolução, os investimentos necessários e os recursos humanos e materiais imprescindíveis para a realização dos objetivos estratégicos;
- Alocação de recursos humanos e orçamentários suficientes para a operacionalização do plano de investimentos;

- Incorporação, por meio de consultorias, assessorias e treinamentos, de novos conhecimentos, saberes, tecnologias e práticas que permitam aumentar o nível de maturidade e desempenho da equipe da GTI.
- Implantação de uma Política de Segurança da Informação.
- Implantação de Governança de TI.

### 1.2.3.1 Estrutura física e operacional

Existe necessidade da continuidade da readequação e modernização da infraestrutura computacional da SES/GO. Atualmente todo o ambiente computacional ainda opera com grande risco de indisponibilidades e perda de dados e informações. A resolução do problema envolve:

- Aquisição de grupo gerador
- Adequação do cabeamento estruturado das unidades da SES
- Ampliação dos recursos humanos da área de infraestrutura
- Modernização da rede de dados permitindo, por exemplo, a adoção de tecnologias sem fio (Wi-Fi).
- Estruturar a SES/GO para utilização de soluções de webconferência e vídeo conferência.

### 1.2.3.2 Reorganização interna

O surgimento de novas necessidades referentes aos processos e tecnologias envolvidas no desenvolvimento, manutenção e suporte a sistemas de informação e gestão da infraestrutura requer que a GTI esteja em permanente evolução e transformação. Para contemplar as novas disciplinas e tecnologias o quadro de colaboradores da GTI ainda precisa crescer e melhor se organizar. As seguintes ações devem ser realizadas:

- Adequação do espaço físico para que a GTI possa comportar todo seu quadro de pessoal, preferencialmente no mesmo espaço contíguo;
- Crescer a área de Sistema de Registro Eletrônico em Saúde e Sistemas do DATASUS para promover a implantação do Sistema de Registro Eletrônico em todo o estado e a integração de dados e construção de painéis indicadores;
- Melhorar a equipe e os equipamentos no que diz respeito à segurança de redes e infraestrutura;
- Investir em Pesquisa e Inovação para propor soluções estratégicas e inovações;
- Desenvolver a Governança para promover o PETI, políticas e padrões de aquisição e distribuição de Insumos de TI;
- Incorporação de novos recursos humanos capacitados em tecnologias de interesse da SES/GO;
- Fortalecimento do sistema de helpdesk evitando que os aspectos meramente operacionais da TI interrompam o trabalho dos analistas, programadores e gerentes;



- Implantação de plantões para as equipes onde haja necessidade.

### 1.2.3.3 Conecta SUS

Integrar cada vez mais a TI com o Conecta SUS é um dos objetivos para o período 2016-2019. As equipes da TI devem dar todo o suporte para o bom funcionamento do Conecta SUS, atuando principalmente como parceiro na construção de indicadores automatizados e provendo soluções inovadoras, como a webconferência, e o barramento de informações em saúde. Para alcançar este objetivo precisamos:

- Distribuir as estações do Conecta SUS para todos os municípios goianos e outros órgãos que direta ou indiretamente participam do SUS;
- Ampliar o acesso a internet, principalmente pelo interior do Estado;
- Automatizar a construção de indicadores;
- Publicar o portal do Conecta SUS na Internet, na forma de dados abertos;
- Integrar o portal do Conecta com sistemas de outras empresas/órgãos que interagem com o SUS;
- Aumentar a equipe que trabalha na área de Banco de dados e BI para que o processo de construção de um Data warehouse da saúde seja viabilizado.

### 1.2.3.4 S-RES e Sistemas DATASUS (Projeto SIGA Saúde Goiás)

Em relação aos diversos sistemas do DATASUS, e aos diversos sistemas utilizados pelas unidades hospitalares, que fazem com que as informações sejam fragmentadas, dificultando uma visão ampla e completa para o Estado, existe a necessidade da especificação de um Barramento de Informações em Saúde e sua posterior implementação.

O projeto do Sistema de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES Cartão SUS) também traz esta unificação de dados tão necessária, por isso a importância que a maior quantidade de municípios passe a utilizar o sistema.

### 1.2.3.5 Telemedicina

Usar tecnologias modernas para melhorar o manejo clínico com os doentes.

Equipamento para prover videoconferência em 75 hospitais de pequeno porte (menos de 50 leitos) pelo interior do Estado permitindo que os médicos possam trocar informações à distância com outros médicos especialistas seja para debater a melhor escolha de tratamento para um paciente ou ter acesso a médicos especialistas.

No projeto da SES-GO os médicos da Secretaria serão o principal canal de atendimento para os médicos dos hospitais de pequeno porte.

As necessidades para implantação do projeto além de aquisições de equipamentos para o datacenter da SES e também de aquisição/locação de equipamentos para os hospitais, passa pela infraestrutura de rede lógica e de acesso à internet destes hospitais, que estão no interior.

### 1.2.3.6 Engenharia Clínica

Nos últimos quatro anos foram investidos 20% do previsto para o parque de equipamentos médicos hospitalares, em Goiás, especialmente com a implantação do Hospital de Urgências Otávio Lage-HUGOL, na ordem de R\$ 55 milhões, em equipamentos de UTI, Emergência e Centro Cirúrgico.

Houve implantação das Engenharias Clínicas nos hospitais do Estado sob gestão de Organizações Sociais, e de softwares de gestão em cada OSS dentro do Conecta SUS, com relatórios diários, e implantação de instrumentos de monitoramento de Gestão de Equipamentos para acompanhamento on-line.

### 1.2.3.7 Acreditação Hospitalar

Para a Avaliação da qualidade na gestão praticada pelas OSS em referência às Unidades por elas gerenciadas, a SES estabeleceu como cláusula contratual a implantação de modelo de Sistema de Gestão da Qualidade tendo por base norma de Acreditação ou certificação pertinente como forma de avaliar a Gestão da Unidade de Saúde.

Até o ano de 2015 foram quatro as Unidades de Saúde acreditadas, sendo elas: HURSO - Hospital de Urgências de Santa Helena, CRER - Centro de Reabilitação e readaptação Dr. Henrique Santilo, HDT - Hospitais de Doenças Tropicais e HGG - Hospital Geral de Goiânia.

## 1.3 ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

### 1.3.1 Regionalização e Descentralização das Ações e Serviços de Atenção à Saúde

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação.

A Portaria GM/MS nº 399/2006 define que os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são: o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimentos – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI.

A Resolução nº 052/2005-CIB, definiu no PDR os parâmetros de cobertura assistenciais, porém, em 2014 houve uma reorganização territorial, e a versão mais atualizada de Goiás, em termos de divisões de regiões de saúde, faz parte de um processo de adaptar a divisão regional às características das redes de saúde, econômicas, culturais, físicas e sociais dos municípios.

A regionalização atual é de 2015 e divide o Estado em 18 regiões de Saúde, que são: Central, Centro Sul, Entorno Norte, Entorno Sul, Estrada de Ferro, Nordeste I, Nordeste II, Norte, Oeste I, Oeste II, Pirineus, Rio Vermelho, São Patrício I, São Patrício II, Serra da Mesa, Sudoeste I, Sudoeste II e Sul.

Destacam-se as regiões mais populosas, por ordem decrescente: Central, Centro Sul e Entorno Sul. Estas três regiões somam quase 50% de toda a população de Goiás, apresentando um alto índice de densidade demográfica.

Entende-se ser imprescindível a revisão do PDR e do PDI para o fortalecimento da função de planejamento regional integrado, propiciando a elaboração de propostas de redes articuladas regionalmente e de suas linhas de cuidado, englobando os diversos níveis de atenção, o que permitiria redefinir papéis e perfis assistenciais, constituindo-se na base sobre a qual possa ser construída a programação geral das ações e serviços de saúde em nível regional e implantados os mecanismos de regulação de forma efetiva.

A discussão deve ocorrer de forma participativa com todos os municípios, pois, o PDR/PDI bem elaborado facilita as negociações futuras intermunicipais e inter-regionais, assim como aprimoram os Planos Municipais de Saúde.

O processo de descentralização das ações e serviços de saúde só será efetivo com uma Atenção Primária em Saúde eficiente. Ela é a coordenadora da estruturação e desenvolvimento das redes de atenção à saúde e é a principal porta de entrada no atendimento aos cidadãos que necessitam dos serviços de saúde. Em Goiás, sua estrutura é frágil, apesar dos grandes avanços obtidos, requerendo ao governo estadual medidas que garantam maior resolutividade destas unidades de saúde dos municípios.

Nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde desenvolveu o Projeto de Fortalecimento da Atenção Primária, como uma forma de avançar os investimentos no setor. Definiu-se pelo financiamento de 04 (quatro) equipamentos: desfibrilador, eletrocardiógrafo portátil, ultrassom obstétrico e raio-x 500 A, para os municípios que não os tivessem, assim como um laboratório de análises clínicas que realizasse os exames básicos para garantia de melhores diagnósticos.

A partir do levantamento feito, tendo como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES - janeiro 2014, observou-se que 181 (cento e oitenta e um) municípios não possuem desfibrilador, 156 (cento e cinquenta e seis) não têm ultrassom, 215 (duzentos e quinze) sem eletrocardiógrafo e 10 municípios com população maior que 10.000 habitantes, segundo parâmetro do PDR/2004, não contam com equipamento para Raio-X. Para 2015, o projeto se colocou como uma das prioridades da Secretaria de Estado da Saúde.

Os principais entraves da Regionalização e Descentralização das Ações e Serviços de Atenção à Saúde:

- ✓ Pouca cultura municipal no trabalho regionalizado;
- ✓ Dificuldades na compreensão dos gestores municipais sobre o papel do município sede;
- ✓ Falta de experiência da gestão pública municipal para eficiência da descentralização;
- ✓ Dificuldades do governo estadual em realizar seu papel de coordenador do perfil de gestão descentralizada.
- ✓ Necessidade de recursos financeiros para o setor de investimento, e não apenas o de custeio.

### 1.3.2 Controle, Avaliação e Regulação em Saúde

Os Estados devem cumprir com o seu papel protetor dos cidadãos assegurando-lhes o acesso aos serviços de saúde, a qualidade da assistência prestada e a organização da atenção à saúde. Para que isso ocorra, cabe aos governos assumirem seu papel regulador garantindo saúde para toda a população de forma justa e igualitária.

À gestão estadual cabe acompanhar, controlar, regular e avaliar o Sistema Estadual de Saúde e a execução das ações e serviços de saúde prestados em seu território, respeitando as competências municipais.

A regulação no setor saúde deve estabelecer padrões de qualidade e segurança para garantir as condições mínimas na prestação de serviços, mas sobretudo uma concepção econômica centrado na organização do sistema de saúde, no mercado e nos recursos necessários para a prestação de serviços.

A função reguladora do Estado é fundamental para garantir a qualidade, bem como, em maior ou menor grau a equidade na distribuição e na alocação de bens e serviços de forma a garantir a oferta de ações e serviços de acordo com as necessidades da população.

Quanto melhores e mais apropriados forem os mecanismos de regulação melhores serão os resultados em termos de qualidade, equidade e acesso.

#### **Atualmente, a Regulação no Estado se apresenta da seguinte forma:**

Com uma central do Complexo Regulador Estadual – CRE, e 17 Complexos Reguladores Regionais, funcionando sob gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO e das Secretarias Municipais de Saúde – SMS, sediados e operacionalizados pela estrutura física do município sede de região com contrapartida de custeio do Estado.

As Centrais de Regulação Regionais não conseguiram atingir o potencial desejado, atuam somente em nível ambulatorial do seu próprio município, sendo que apenas 03 dessas Centrais atuam a nível ambulatorial e hospitalar (Goiânia, Anápolis e Aparecida) também dentro de seu próprio município, devido principalmente a escassez de recursos assistenciais nas regiões, o pouco amadurecimento para o processo regulatório, a dificuldade de incorporação tecnológica e a presença de acordos informais para o acesso à assistência que afetaram em especial os pequenos municípios que não dispõem de serviços de referência em sua área geográfica, ficando dependentes do acesso oferecido por serviços regionais, de gestão municipal, de suas regiões ou até de outras regiões do Estado, dificultando assim o funcionamento do Sistema Estadual de Regulação da Assistência.

As Centrais de Regulação Médica de Urgência SAMU 192, fazem parte do processo de regulação do Estado, com o papel de solicitar vagas no sistema SISREG e Sistema Próprio da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia para esses pacientes, além de regular as Unidades Móveis de suporte básico e avançado, em seu próprio sistema.

O Complexo Regulador Estadual – CRE utiliza o SISREG (Sistema de Regulação) do Ministério da Saúde. Um sistema muito questionado pelas suas

limitações (não possui módulo de urgência). O Município de Goiânia construiu um sistema próprio com o módulo de urgência avançado que não possui interoperabilidade com o SISREG. Pela incompatibilidade dos dois sistemas, o CRE não consegue em tempo real acompanhar a regulação de vagas feita pelo município de Goiânia, dificultando o seu papel de mediador do acesso intermunicipal.

O atual sistema operacional (SISREG/MS) é obsoleto, por isso poucos municípios do estado o implantaram, impossibilitando assim de fazer a mediação da regulação dentro das regiões e entre as macrorregiões, acarretando grande perda de tempo para o alcance da vaga.

Os municípios de Goiânia, Anápolis e Aparecida de Goiânia, respondem diretamente pela regulação de todos os serviços SUS dentro de seu território, incluindo-se aí as unidades hospitalares da Rede Própria Estadual.

Outras importantes Centrais do CRE são: a CERAC – Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade, que tem como serviço adjunto o Tratamento de Fora de Domicílio (TFD) e a Central de Notificação, Captação de Órgãos (Central de Transplantes). Estas ainda estão em operação fora do CRE.

O CRE vem atuando, predominantemente, na intermediação das **internações hospitalares de urgência** solicitadas ao município de Goiânia.

Portanto, pode-se afirmar que a gestão estadual apresenta grande dificuldade em implantar e implementar o controle, avaliação e regulação do sistema de saúde em Goiás no que diz respeito a garantia do acesso; a prestação do cuidado efetivo; o eficiente uso dos recursos disponíveis; a qualidade na prestação dos serviços e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população. Isso se prende ao fato de não haver muita clareza por parte da gestão estadual sobre o escopo do controle, avaliação e regulação no setor saúde, o qual deve estabelecer padrões de qualidade e segurança, monitoramento e avaliação para garantir as condições mínimas na prestação de serviços e na concepção econômica da regulação, com o foco no contexto da organização do sistema de saúde, do mercado e dos recursos necessários para a prestação de serviços no setor.

### **Principais desafios do Estado para o próximo quadriênio**

- Introduzir mecanismos de controle, avaliação e regulação, buscando melhorias nos resultados, a favor da população, em termos de qualidade, equidade e acesso aos serviços de saúde;
- Garantir a integralidade do cuidado, por meio da implantação das Redes de Atenção à Saúde, com base nos princípios de escala, qualidade e do acesso;
- Atuar no sentido de garantir o acesso a ações e serviços de saúde (PGASS), de acordo com as necessidades de saúde da população, fixando padrões de qualidade com eficiência e com base nos princípios de equidade e integralidade;

- Monitorar o cumprimento, pelos municípios, dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas pactuadas na PPI;
- Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implantação dos mesmos;
- Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;
- Fortalecimento do controle e da avaliação, prioritariamente, na avaliação da organização do sistema e modelo de gestão; relação com os prestadores de serviços; qualidade da assistência e satisfação dos usuários; resultados e impacto sobre a saúde da população.

**Para que isso ocorra, o Estado deverá se estruturar e investir na:**

- Regulação da qualidade e eficiência da atenção: avaliação do custo-benefício das intervenções, capacitação dos profissionais de saúde, avaliação dos prestadores de serviços na execução dos recursos programados, analisando a relação entre programação/produção/faturamento;
- Regulação do acesso: definição de protocolos clínicos e fluxos assistenciais, monitoramento e avaliação das referências, integração das ações e serviços;
- Regulação dos prestadores: definição de contratos, formas de pagamento que estimulem a produção de ações e serviços necessários, distribuição geográfica adequada ao acesso da população às ações e serviços de saúde;
- Regulação da oferta de insumos e tecnologias: avaliação de eficiência e efetividade, definição de elencos e preços;
- Regulação da força de trabalho: estabelecimento de regras para a formação, registros de profissionais e avaliação de desempenho;
- Avaliação do cadastramento dos serviços e dos usuários, atualizado-o permanentemente, de forma a constituir base regionalizada e segura para o processo de programação e organização da assistência;
- Cooperação com os municípios para a implantação/implementação dos instrumentos de controle, avaliação e regulação dos serviços e ações de saúde locais e regionais.

### **1.3.3 Humanização**

Ao criar o Sistema Único de Saúde – SUS com os seus princípios de universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde, estabelece-se uma nova concepção da saúde, não tão somente como ausência de doença, mas de qualidade de vida. Portanto, humanizar não é tão somente acolher o usuário, mas é um

instrumento de gestão é primar pela qualidade do atendimento, preservar as dimensões biológicas, psicológicas, culturais, sociais dos usuários e servidores. É implementar a comunicação e a participação dos gestores, profissionais e comunidades no processo de gestão e produção de saúde. Assim a Humanização deixa de ser um ato de caridade praticado no passado por religiosos e passa ser um instrumento de gestão, instituindo a Política Nacional de Humanização - PNH como ordenadora de processos trabalhos.

Em Goiás os trabalhos começaram em 2004, contudo somente em 2012, iniciaram-se os trabalhos de difusão da Política Nacional de Humanização (PNH) em âmbito estadual. Catalogam-se hoje inúmeras ações realizadas junto as 18 Regionais de Saúde, tais como: Cursos, oficinas, seminários e apoio institucional as unidades de saúde e a gestores municipais através de reuniões e da elaboração de planejamento estratégico para as mesmas, efetivando o Apoio Institucional. Somam-se 109 municípios onde alguma ação de PNH foi realizada. Formar multiplicadores é fundamental!

Foi realizada oficina com representantes das 18 Regionais de Saúde, viabilizando a difusão em seus territórios. O Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco (ACCR) foi o dispositivo mais difundido totalizando 22 municípios qualificados em ACCR, com a participação de profissionais de saúde, desde a Atenção Primária à Média e Alta Complexidade. O Dispositivo de Acolhimento de Classificação de Risco levou a realizar capacitações nos Hospitais da rede estadual de saúde e Unidades de Saúde da Família dos municípios onde são edificadas. Foi totalizado 403 atendimentos a municípios ao longo dos 03 últimos anos para apoio institucional a municípios e unidades de saúde. Ao todo foram 109 municípios atendidos.

A Coordenação de Humanização participa ativamente de comitês das diversas Políticas de Saúde, tais como: LGBT, População de Rua, Privados de Liberdade; Fóruns Câncer de Mama e Perinatal. Em parceria com a SUVISA foram realizadas qualificações em Acolhimento e Classificação de Riscos em 32 municípios onde se fez necessário devido os agravos da Dengue, Chikungunya e Zika. Outra instituição atendida foi o CREDEQ de Goiânia ao orientar sobre a implantação da coordenação de humanização. Ações foram realizadas junto às outras gerências e superintendências com o objetivo de difundir a Política Nacional de Humanização, que proporciona aos profissionais e usuários condições de realizarem uma produção de saúde com eficiência e eficácia.

Dar atenção especial aos Agentes Comunitários de Saúde é um dos objetivos principais dessa coordenação, por se tratar dos primeiros profissionais na linha de produção da saúde e por participarem ativamente do dia a dia do usuário SUS. Vários seminários e oficinas foram realizados com esse público, a exemplo de Jataí quando 237 ACS participaram de um seminário sobre a Difusão da PNH. Foram qualificados 7.573 profissionais de saúde no Estado, no período de 2013 a 2015.

Ao realizar imersões em unidades de saúde eram detectados grandes desafios dos gestores no processo produção de saúde, ocasionando desmotivação e perdas diversas, inclusive de vidas.

A Humanização centraliza sua atenção aos processos de produção de saúde, a forma ou modelo de gerir, de planejar e se necessário interferir no âmago da vida institucional, local onde por falta muitas vezes de requisitos para o desempenho do

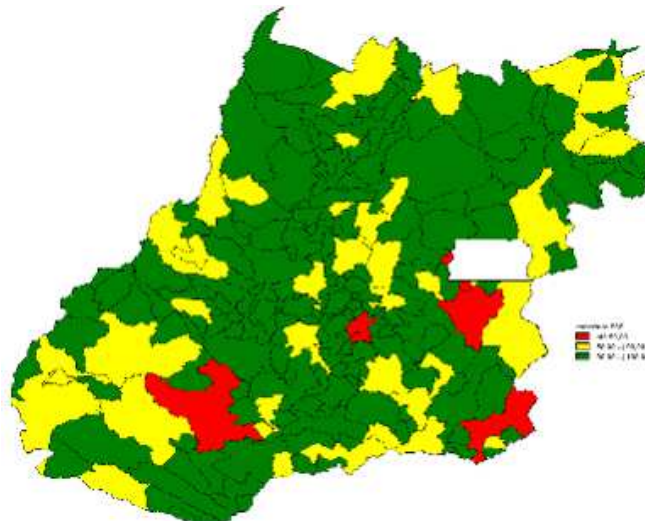
trabalho, vícios de governanças geram verdadeiros gargalos para a realização de processos de trabalhos exitosos. Os principais entraves identificados na Coordenação HumanizaSUS:

- Cultura organizacional e cultura social dos usuários defasada;
- Gestão compartilhada com os gestores, pois este dispositivo vem quebrar o paradigma da gestão vertical ora praticada pela gestão horizontal e multidisciplinar;
- Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco. O usuário não aceita ser validado e classificado conforme seu agravo para depois ser encaminhado ao médico;
- O desafio de trabalhar de forma coletiva com uma equipe multidisciplinar; e
- A falta de potencial humano qualificado para ampliar a equipe PNH do Estado e assim poder atender todas as demandas da coordenação.

#### 1.3.4 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás teve avanços significativos nos últimos anos, passando de 1.159 Equipes de Saúde da Família implantadas pela Estratégia Saúde da Família (cobertura populacional estimada de 60 %) em 2011 para 1.328 Equipes de Saúde da Família (cobertura populacional estimada de 64,77%) e 8.090 Agentes Comunitários de Saúde em dezembro de 2015.

**Figura 9: Cobertura Populacional Estimada da Estratégia Saúde da Família em Goiás, Jan/2016.**

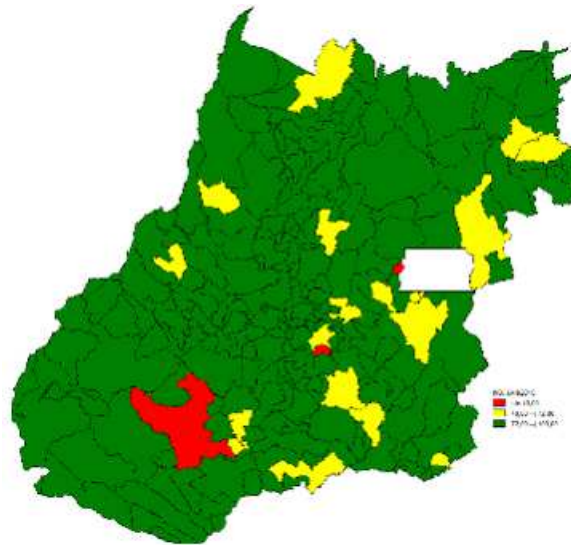


Fonte: DAB/MS – Departamento da Atenção Básica /Ministério da Saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde pactuou em 2014 no Pacto pela Saúde, uma Cobertura Populacional de Atenção Básica de 72,0%, em novembro de 2015 a cobertura populacional estimada da Atenção Básica foi de 75,38%, conforme figura abaixo.



**Figura 10: Cobertura Populacional Estimada da Atenção Básica em Goiás, Nov/2015.**

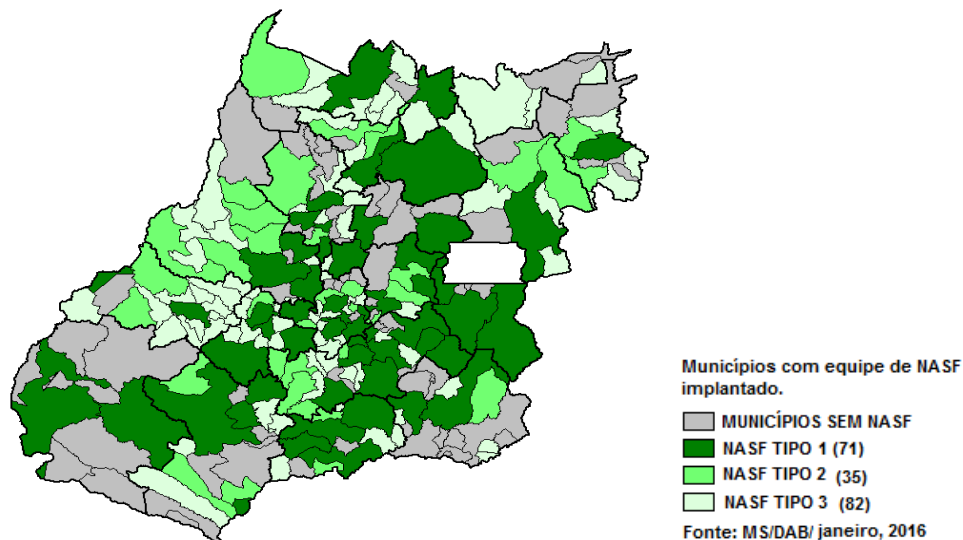


**Fonte: DAB/MS – Departamento da Atenção Básica /Ministério da Saúde.**

Apoiando o Ministério da Saúde no Programa Requalifica, verificou-se um incremento nos últimos dois anos, quando em 2012 Goiás tinha 82 propostas de construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS), 77 UBS com proposta de Reforma e 98 UBS com proposta de ampliação, em 2014 eram 330 propostas de construção de UBS, 473 UBS com proposta de reforma e 284 UBS com proposta de ampliação. Em 2015 não houve abertura para novas adesões, permanecendo o mesmo quantitativo do ano anterior.

Em relação à implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF em 2011 existiam 40 NASFs implantados no Estado, hoje são 188 equipes de NASFs, distribuídos em 173 municípios, de acordo com a Figura 11.

**Figura 11: Distribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF, Goiás, Jan/2016.**



**Fonte: DAB/MS – Departamento da Atenção Básica /Ministério da Saúde.**

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB que em 2011 contava com 180 municípios e 690 equipes aderidos, no último ciclo 2014/2015 houve adesão de 243 municípios e 1.176 equipes e mais 50 equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

O Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB passou de 21 profissionais em 2012 para 239 profissionais em 2014; e o Programa Mais Médicos passou de 189 profissionais em 2013 para chegar a dezembro de 2015 a 630 profissionais atuando.

Atualmente, 22 municípios contam com equipes de Atenção Domiciliar sendo 23 EMAD I, 06 EMAD II e 22 EMAP, e existem 148 polos de Academia da Saúde habilitados, com 48 obras concluídas. Em relação ao Telessaúde o Estado possui hoje 171 municípios com 400 pontos habilitados.

Em 2015 foi dada continuidade a capacitação para o uso do Kit Família Brasileira Fortalecida aos ACS e outros profissionais pelos multiplicadores capacitados em 2014, a SPAIS participou no repasse de material e assessorias aos municípios.

Em 2015 ocorreram 11 oficinas do E-SUS para os 246 municípios com a participação de 526 técnicos, e acolhimento e capacitação para 454 médicos inscritos no Programa Mais Médicos.

Os principais entraves identificados na Coordenação da Atenção Primária à Saúde foram:

- Necessidade de efetivação do Sistema de Informação da Atenção Básica, nos municípios no Estado;
- Necessidade de proporcionar ferramentas para a reorganização dos processos de trabalho na Atenção Básica;
- Necessidade de propiciar qualificação técnica de gestores e profissionais de saúde/Secretaria de Estado da Saúde/municípios;
- Inadequação da estrutura física e apoio diagnóstico básico; e
- Falta de regularidade de repasse do cofinanciamento da Atenção Básica para os municípios.

#### **1.3.4.1 Saúde da Mulher**

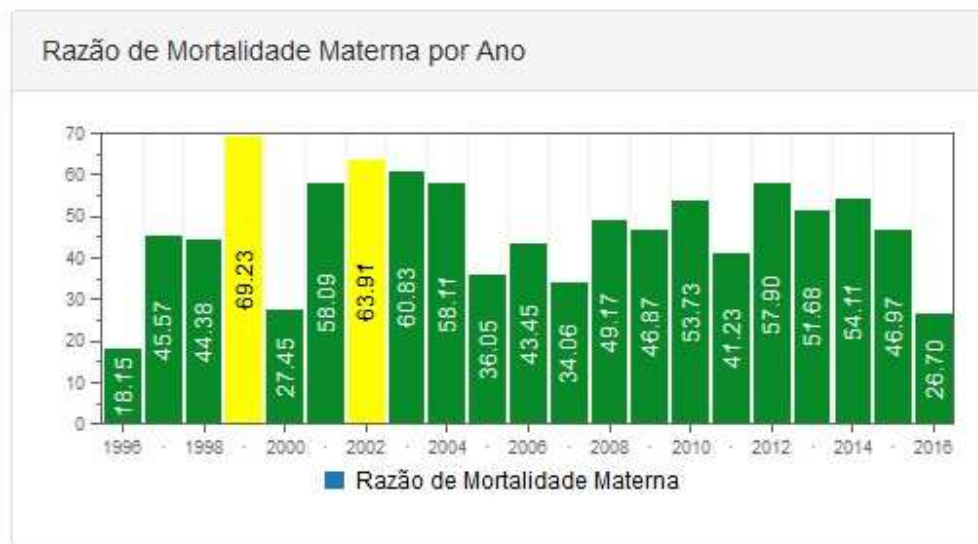
A Subcoordenação de Saúde da Mulher é responsável pela implantação e implementação das ações de atenção ao pré - natal, incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, planejamento sexual e reprodutivo, assistência clínica ginecológica inclusive as DST/HIV e ao climatério, prevenção e controle dos cânceres do colo do útero e de mama.

##### **1.3.4.1.1 Mortalidade Materna**

A mortalidade materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da

localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com e/ou agravada pela gestação ou por medidas em relação a ela, mas não devido a causas acidentais ou incidentais (Organização Mundial de Saúde – OMS).

**Gráfico 50: Razão de Mortalidade Materna – RMM Brasil/Goiás no ano de 2007 a 2014**



Fonte: Conecta SUS

OBS: Os dados dos anos 2014, 2015 e 2016 são preliminares, última atualização 21 de Março de 2016.

Levando em conta que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera aceitável uma taxa de mortalidade materna de até 20/100.000 nascidos vivos, percebe-se que a RMM do Estado de Goiás ainda está acima do desejável.

As doenças hipertensivas, as hemorragias, as eclampsias, as infecções, os abortamentos e as complicações do puerpério são os principais motivos das mortes maternas no Estado.

Embora tenham sido identificados avanços importantes na redução da mortalidade materna, permanece a necessidade de intensificar os esforços para atingir um índice aceitável.

### 1.3.4.1.2 Atenção ao Pré-Natal e Incentivo ao Parto Natural

#### 1.3.4.1.2.1 Proporção de partos cesáreos em Goiás

Este indicador expressa, do total de nascidos vivos, o percentual de partos operatórios realizados. Dentre os motivos de indicação para realização da cirurgia cesárea, no lugar do parto vaginal ou parto normal, estão: situação de sofrimento fetal agudo, placenta prévia, lesão por herpes ativa no momento do trabalho de parto, prolapso de cordão, desproporção céfalo/pélvica, posição fetal incompatível com o trabalho de parto normal e falha de indução.

A Organização Mundial de Saúde – OMS preconiza, com base em evidências científicas, que aproximadamente 15% dos partos necessitam de intervenção cirúrgica.

Os partos restantes, 85% em média, referem-se às gestações de baixo risco, com indicação para o parto vaginal, comprovadamente mais seguro e menos invasivo.

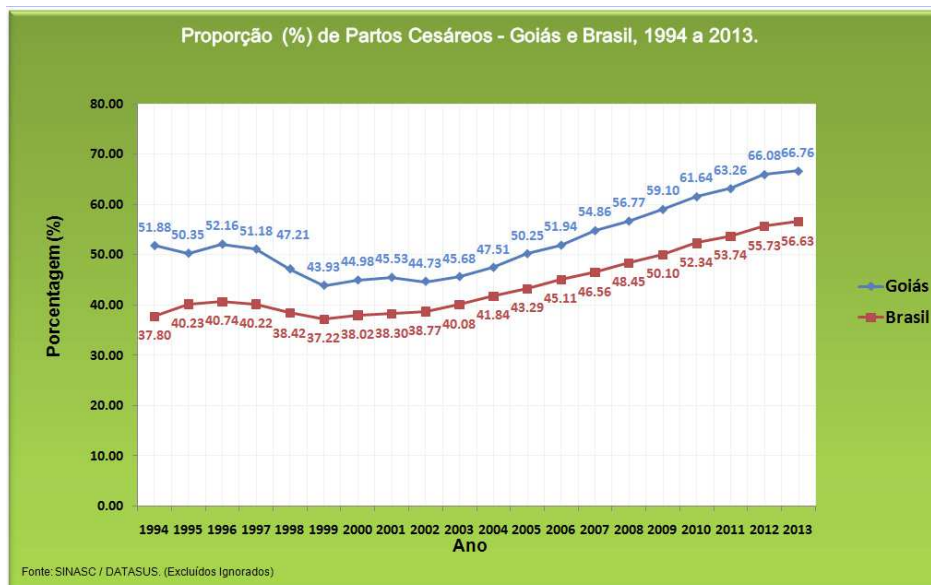
Em Goiás, no ano de 2012, do total de 94.811 nascimentos vivos, 63.297 (66,76%) foram por partos operatórios, e no ano de 2013 nenhum município goiano atingiu a meta do padrão internacional, que de até 15% dos partos cesáreos.

**Gráfico 51: Proporção de partos cesáreos Goiás, 1994 a 2016.**



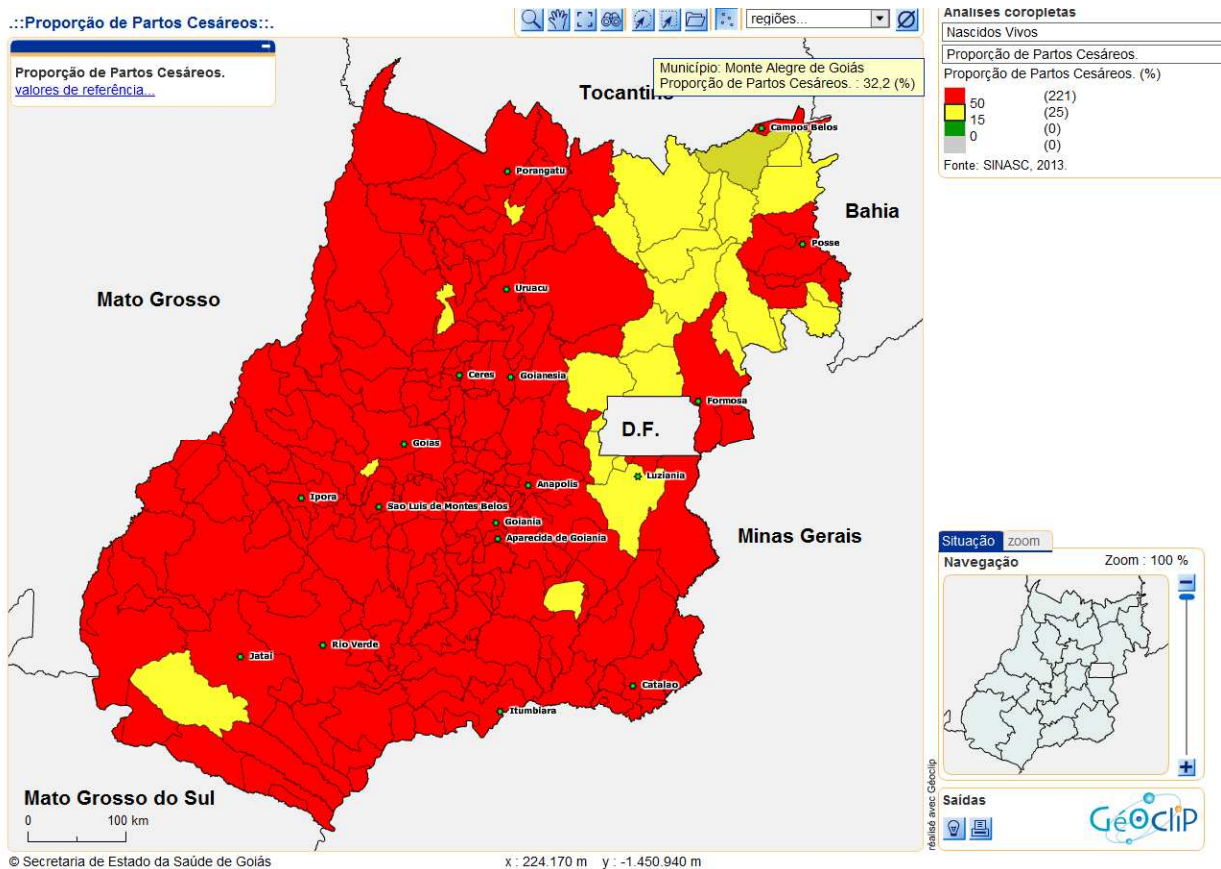
Fonte: CONECTA SUS. - Obs: Dados preliminares de 2014, 2015 e 2016.

**Gráfico 52: Proporção de Partos Cesáreos – Goiás e Brasil, 1994 a 2013.**



Fonte: SINASC/DATASUS.

**Figura 12: Proporção de Partos Cesáreos.**



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Com o objetivo de qualificar a Rede de Atenção Materno - Infantil e reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materno – infantil, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha que representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; na melhoria da ambiência dos serviços de saúde; na ampliação de serviços e profissionais para estimular a prática do parto fisiológico; e na humanização do parto e nascimento e está sendo implantando gradativamente em Goiás.

A assistência ao Pré - Natal adequada, com detecção precoce e a intervenção das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são as grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

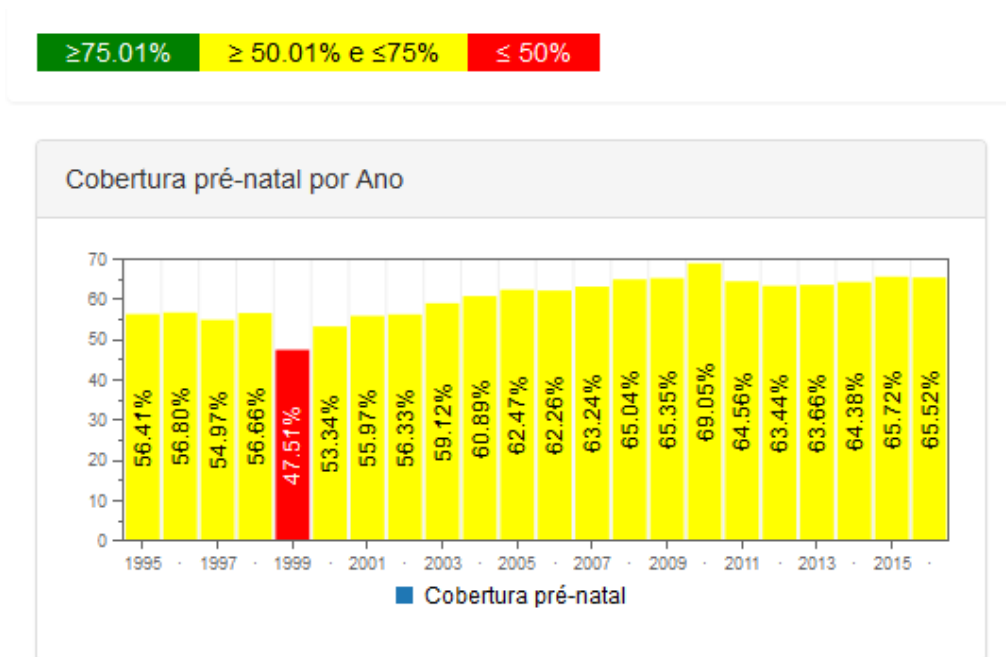
### 1.3.4.1.2.2 Porcentagem de Nascidos Vivos de mães com 7 ou + consultas

Esse indicador mede a cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribui na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como: a mortalidade materna e infantil e número de casos de sífilis congênita.

A variável analisada através do Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos – SINASC é o número de consultas de pré-natal.

A Organização Mundial de Saúde - OMS preconiza que esse atendimento tenha início precoce e que seja realizado um número mínimo de 07 consultas sendo 03 consultas médicas, 03 consultas de enfermagem e 01 consulta odontológica. Desde 2000, a recomendação do Ministério da Saúde – MS é de que a mãe realize, no mínimo, sete consultas de pré - natal e as inicie tão logo comece a gravidez (Brasil, MS, 2011b).

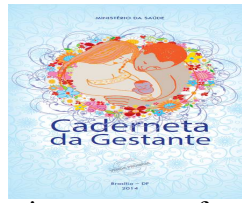
**Gráfico 53: Cobertura Pré-Natal Ano**



Fonte: CONECTA SUS.

Em Goiás, constatou-se que a cobertura de pré natal, a partir de 2004, saiu do intervalo de 53 a 59% para entrar na faixa dos 60 a 69% no entanto o número de mulheres com “sete ou mais consultas” de pré-natal, continua abaixo do esperado.

#### 1.3.4.1.3 Caderneta da Gestante



A Caderneta da Gestante é um instrumento fundamental para o registro das informações de acompanhamento da gestação e deve ser parte essencial do processo de trabalho dos profissionais de saúde, sendo utilizada em todas as consultas do pré-natal.

As informações inseridas na caderneta podem apoiar o profissional no diálogo com a gestante e nas ações de educação em saúde, e ajudam a gestante a esclarecer dúvidas, se preparar para o parto, para a amamentação, conhecer seus direitos, os sinais de alerta, entre outros.

No ano de 2015, foram distribuídas 94.822 cadernetas aos 246 municípios do Estado. O quantitativo anual de cadernetas e fichas perinatais foram distribuídas diretamente às Regionais de Saúde e aos municípios de acordo com sua estimativa de gestantes.

#### 1.3.4.1.4 Detecção Precoce do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Goiás

Os cânceres de mama e do colo do útero são, respectivamente, o primeiro e o terceiro tipo de câncer que mais matam as mulheres no Estado. Quando detectados no início, estes cânceres têm maior probabilidade de cura.

O método de rastreamento do câncer do colo do útero é o exame citopatológico (exame de Papanicolau), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual.

A priorização desta faixa etária como a população-alvo do Programa, justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer. Segundo a OMS, a incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer do colo do útero é reduzido dado a sua lenta evolução.

No caso do câncer de mama, o método de rastreamento é a realização do exame de mamografia e a recomendação, atualizada em 2015, é de que mulheres entre 50 e 69 anos façam uma mamografia a cada dois anos. Essa é também a rotina adotada na maior parte dos países que implantaram o rastreamento do câncer de mama e tiveram impacto na redução da mortalidade por essa doença.

Os benefícios da mamografia de rastreamento incluem a possibilidade de detectar o câncer no início e ter um tratamento menos agressivo, assim como de menor chance de vir a óbito da doença, em função do tratamento oportuno.

Os indicadores utilizados para monitoramento destes exames são:

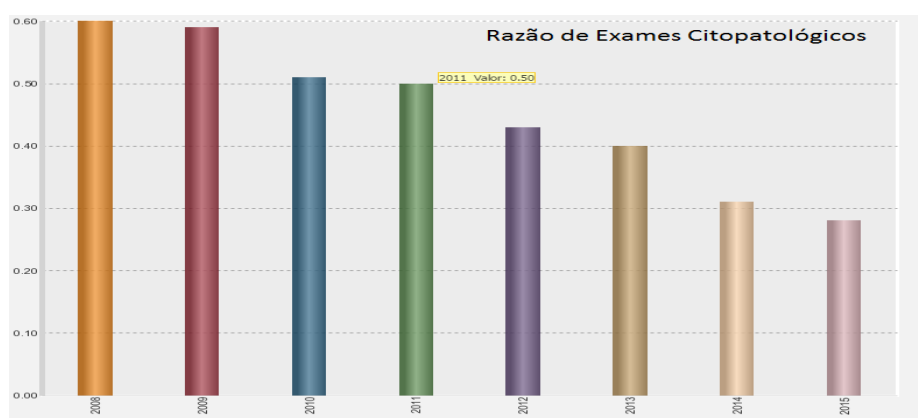
- Razão de Exames Citopatológicos do Câncer do Colo do Útero que é calculado pelo número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em determinado município e ano dividido pela população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/3.
- Razão de Mamografia que é calculado pelo número de mamografias para rastreamentos realizados em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano dividido pela população feminina na mesma faixa etária no mesmo local.

**Tabela 18: Razão de Exames Citopatológicos do Câncer do Colo do Útero e Mamografias de rastreamento, Goiás 2008 a 2015.**

Ano	Razão de exames citopatológicos do câncer do colo do útero	Razão de mamografias de rastreamento
2008	0,60	0,13
2009	0,59	0,13
2010	0,51	0,12
2011	0,50	0,14
2012	0,43	0,16
2013	0,40	0,17
2014	0,31	0,16
2015	0,28	0,14

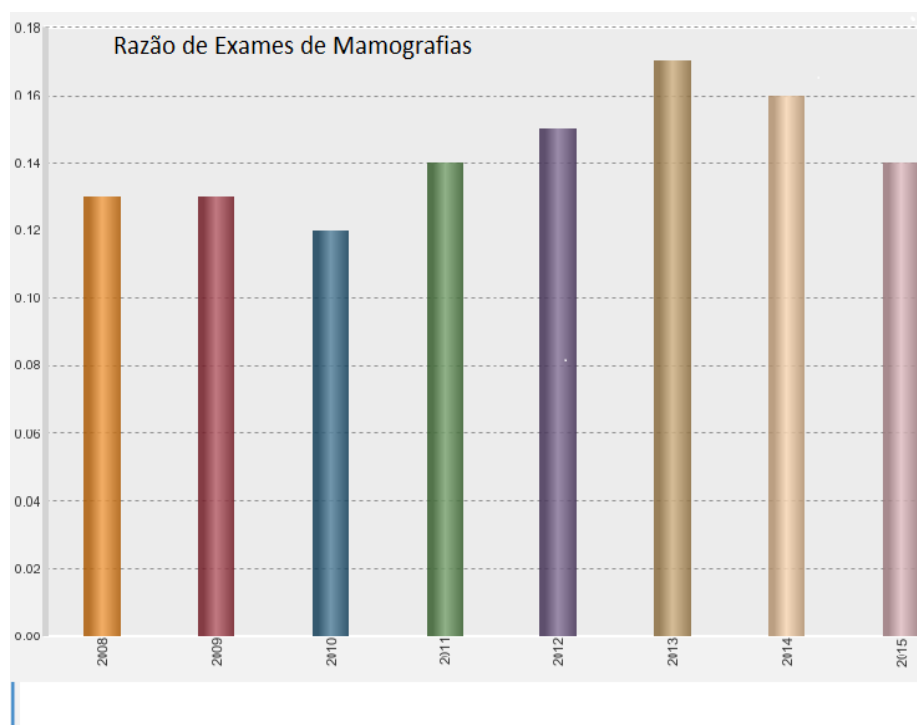
Fonte: DATA SUS/MS.

**Gráfico 54: Razão de Exames Citopatológicos.**



Fonte: Ministério da Saúde/DATA SUS/Pacto pela saúde.



**Gráfico 55: Razão de Exames de Mamografias.**

Fonte: Ministério da Saúde/DATA SUS/Pacto pela saúde.

A razão de exames citopatológicos do câncer do colo do útero teve uma queda de 0,60 no ano de 2008 para 0,28 em 2015, sendo uma queda constante ano a ano. A razão de mamografias tem se mantido estável em torno de 0,14.

Ao analisar a série histórica dos dois indicadores, verifica-se que continuam abaixo do índice pactuado no Estado que é de 0,5. Os índices são muito baixos e preocupantes, especialmente no caso do exame de colpocitologia, em que a série histórica mostra-se decrescente.

Diversas ações foram propostas e realizadas no intuito de se obter melhoria deste quadro. No segundo semestre do ano de 2013, a Gerência da Mulher, Criança e do Adolescente promoveu capacitação sobre o câncer do colo do útero e mama, tendo como público os enfermeiros das UBS, realizada em 13 das 18 Regiões de Saúde do Estado. Apesar da ação, observa-se na análise dos indicadores que não houve uma melhora como o esperado. Assim, outras ações estão sendo propostas, como a análise destes dados com todas as regionais e os municípios sob sua jurisdição, para detectar a realidade local e os motivos de um rastreamento tão baixo. Há também um trabalho em conjunto com o Departamento de Mastologia da Faculdade de Medicina da UFG em um projeto de capacitação para enfermeiros, médicos, ACS e gestores, em todas as Regionais de Saúde do Estado, no intuito de incrementar ainda mais ações, visando a divulgação e conscientização da população sobre a importância dos exames e melhor qualificação de profissionais de saúde envolvidos, bem como um compromisso efetivo dos gestores, ações estas que podem promover uma melhora do indicador.

#### 1.3.4.1.6 Planejamento sexual e reprodutivo

O planejamento sexual e reprodutivo é uma ação de saúde que permite a regulação da fecundidade e faz parte da Atenção Básica, atualmente vem sendo oferecido através do Programa de Saúde da Família. A qualidade da assistência em planejamento familiar é imprescindível para os índices de saúde reprodutiva e sexual, sendo a oferta de escolha por métodos contraceptivos e a informação dada aos clientes são elementos fundamentais para garantir a qualidade dessa assistência.

Apesar de estar definido na NOAS-SUS 2001 que as ações do planejamento familiar fazem parte da atenção básica e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher, muitos municípios não têm conseguido implantar e implementar estratégias adequadas de fornecimento de anticoncepcionais para a população, de introdução do enfoque educativo e aconselhamento visando à escolha livre e informada, assim como, garantir o acompanhamento das usuárias. O abastecimento dos municípios em relação aos métodos contraceptivos é regular.

Identificamos ainda, problemas nos municípios no que se refere ao controle de distribuição dos métodos contraceptivos e capacitação de profissionais de saúde. Isso tem resultado numa atenção precária e excludente, ou até inexistente em algumas localidades, com maior prejuízo para as mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais.

#### 1.3.4.2 Saúde da Criança

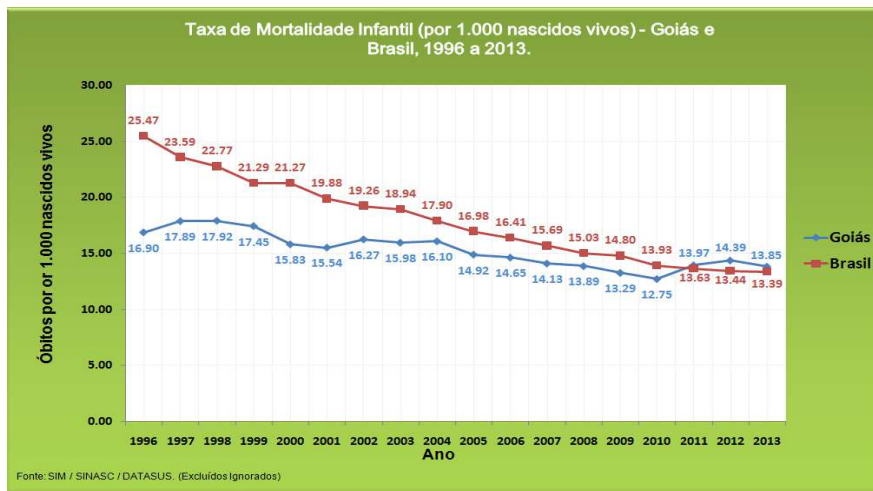
A subcoordenação de saúde da criança tem por pressuposto elaborar e auxiliar na execução de ações voltadas à saúde da criança de 0 a 9 anos, dentro dos princípios da integralidade, universalidade, resolubilidade e da equidade, envidando esforços para que a criança cresça e se desenvolva em um ambiente seguro, que lhe permita desfrutar de boa saúde, estar mentalmente alerta, sentir-se emocionalmente segura e ser socialmente competente.

A criança, como ser em desenvolvimento e portadora de direitos fundamentais, requer a promoção integral à saúde e ações de prevenção de agravos e assistência de forma universal, igualitária e equitativa, com os objetivos não somente de reduzir a mortalidade infantil, mas promover qualidade de vida a esta faixa etária, para que possa crescer e desenvolver todo o seu potencial futuro, pois os reflexos desse “cuidado” vão se refletir por toda a vida. Como cuidado integral à saúde da criança entende-se a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis: da promoção à saúde ao nível mais complexo da atenção, assim como aos demais setores que têm interface estreita com esta (moradia, água tratada, educação, entre outros).

Os indicadores de saúde da criança de 0 a 9 anos demonstram que falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde. Os índices de mortalidade infantil (0 a 1 ano) no Brasil, embora bastante reduzidos nas últimas décadas, ainda são altos. Em Goiás, o coeficiente de mortalidade infantil encontrava-se abaixo da média nacional até 2010, ocorrendo um aumento a partir de

2011, de 12,75/1.000 em 2010, para 13,86/1.000 em 2013, talvez devido ao aumento de notificações no período.

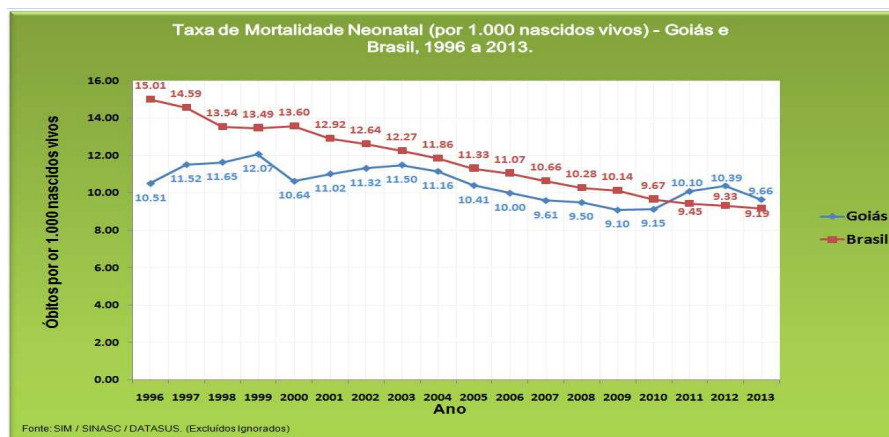
**Gráfico 56: Taxa de Mortalidade Infantil – Goiás e Brasil, 1996 a 2013.**



Fonte: Mapa da Saúde Goiás CONECTASUS, 2015.

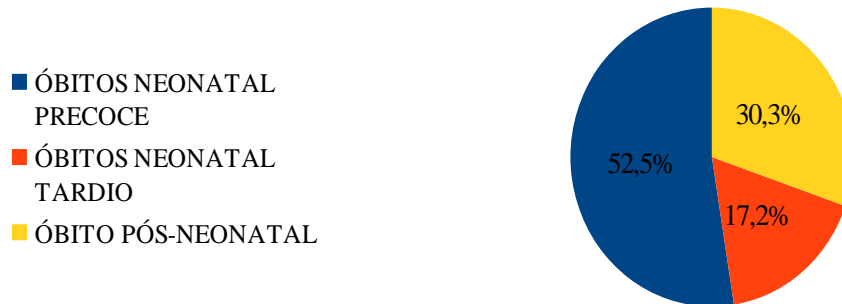
No Estado de Goiás, observa-se que o componente neonatal (0 a 27 dias de vida) possui relação com mais de 60% dos óbitos infantis, sendo que no ano de 2013, esse valor foi de 69,78%. Em relação aos óbitos neonatais por causas evitáveis, em primeiro lugar, encontram-se os reduzíveis pela atenção à gestação, sendo responsável por 38,05% dos óbitos, seguido dos reduzíveis pela atenção ao recém-nascido – 32,36%, e os reduzíveis pela atenção ao parto – 17%. Como a maioria dos óbitos infantis ocorre por causas perinatais é necessário um investimento direcionado para a melhoria na qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, com encaminhamento precoce para um serviço de saúde qualificado para atender com eficiência e agilidade. Quanto aos óbitos neonatais precoce (0 a 6 dias de vida), 16,4% ocorre no 1º dia de vida, daí a importância do pediatra ou de médico ser treinado para receber o recém-nascido na sala de parto.

**Gráfico 57: Taxa de Mortalidade Neonatal – Goiás e Brasil, 1996 a 2013.**



Fonte: Mapa da Saúde Goiás CONECTASUS, 2015.

**Gráfico 58: Porcentagem de óbitos neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal.**



Fonte: DATASUS/MS.

A organização da assistência à população infantil deve contemplar desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves. A Portaria Ministerial nº 1.130 de 05 de Agosto de 2015 instituiu no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), objetivando promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e aos cuidados da gestação aos nove anos de vida, com atenção especial à primeira infância (0 a 5 anos) e às populações de maior vulnerabilidade e riscos de adoecimento e outros agravos, visando um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

São sete eixos prioritários de ações: 1- atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e ao recém-nascido, 2- promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável, 3- acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, 4- atenção às crianças com agravos prevalentes, 5- atenção integral à criança em situação de violência, 6- atenção à saúde de crianças com deficiência ou situações específicas de vulnerabilidade, 7- ações de prevenção e de vigilância do óbito infantil e fetal.

**Figura 13: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com os eixos temáticos, 2015.**



Fonte: Gerência de Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente-SPAIS.

### 1.3.4.2.1 Rede Estadual de Bancos de Leite

A Rede Estadual de Bancos de Leite é composta por 05 unidades nos municípios de Goiânia, Anápolis e Planaltina de Goiás. A Rede tem como objetivos promover, proteger e apoiar o aleitamento materno; coletar e distribuir leite humano de qualidade certificada para recém-nascidos internos em Unidades de Cuidados Intermediários ou Intensivos; contribuir para a redução da mortalidade infantil; e somar esforços ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

A Rede de Bancos de Leite Estadual conta ainda com Postos de Coleta de Leite Humano que destinam o produto para a pasteurização nos Bancos de Leite e ainda os auxiliam na produção.

**Tabela 19: Rede Estadual de Bancos de Leite Humano – BLH de Goiás, 2016.**

MUNICÍPIOS	BANCO DE LEITE HUMANO - BLH
Goiânia	Banco de Leite Humano do Hospital Materno Infantil
	Banco de Leite Humano da Maternidade Nascer Cidadão
Anápolis	Banco de Leite Humano Elaine Miriam de Oliveira – Hospital Municipal
	Banco de Leite Humano Dona Edna Cupertino – Santa Casa de Anápolis
Planaltina	Banco de Leite Humano – Santa Casa de Anápolis de Planaltina GO

Fonte: Rede Estadual de Bancos de Leite Humano de Goiás.

**Tabela 20: Volume em litros de leite humano no Estado de Goiás, 2015.**

Volume em litros de leite humano (coletado e distribuído); número de doadora e de receptor de leite humano nos bancos de leite humano, Goiás				
Ano	Leite Coletado	Leite Distribuído	Nº Doadoras	Nº Receptores
2006	4.829,6	3.468,4	2.045	2.774
2007	5.000,4	3.585,5	2.445	3.024
2008	4.395,2	3.522,3	2.456	3.407
2009	4.493,5	3.253,2	2.792	3.716
2010	3.698,9	2.860,5	2.545	2.179
2011	3.494,1	2.535,9	2.008	2.217
2012	3.656,3	2.606,2	2.320	2.846
2013	3.891,8	2.828,6	3.891	3.184
2014	5.236,3	2.901,7	4.333	2.642
2015 (parcial)	1.834,1	1.360,4	1.849	1.348
<b>TOTAL</b>	<b>40.530,2</b>	<b>28.922,7</b>	<b>26.684</b>	<b>27.337</b>

Fonte: Rede Estadual de Bancos de Leite Humano de Goiás.

#### 1.3.4.2.2 Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC foi idealizada em 1990 pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os “Dez Passos” para o Sucesso do Aleitamento Materno.

No ano de 2014, os critérios para habilitação na IHAC foram modificados e os estabelecimentos de saúde públicos e privados tiveram que cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas, cumprir a Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006 e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL), garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde e cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher.

No Estado de Goiás, 17 hospitais possuem o título de Hospital Amigo da Criança devido e estão localizados nos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia, Jataí, Anápolis, Goiás, Catalão, Itumbiara, Morrinhos, Itapuranga, Campos Belos, Formosa e Planaltina de Goiás. A cidade de Iporá encontra-se em processo de habilitação para a IHAC.

#### 1.3.4.2.3 Assistência Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso - Método Canguru

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade no cuidado ao recém-nascido de baixo peso, partindo dos princípios da atenção humanizada, conforme Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007. É uma prática que utiliza a progressão de cuidados perpassando a Unidade de Terapia Intensiva (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN) e o atendimento domiciliar conseguindo atingir objetivos: reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo, permite um controle térmico adequado do recém-nascido, contribui para a redução do risco de infecção hospitalar, reduz o estresse e a dor do recém-nascido, aumenta as taxas de aleitamento materno, melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido, propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde, possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar, reduz o número de reinternações e contribui para a otimização dos leitos de UTIN e UCIN.

O Método Canguru está implantado em 03 Unidades Hospitalares para promover a progressão na linha de cuidado ao recém-nascido: Hospital Materno Infantil de Goiânia, Hospital e Maternidade Dona Íris e Santa Casa de Misericórdia de Anápolis. Encontra-se em fase de implantação em mais 03 Unidades Hospitalares.

#### 1.3.4.2.4 Sala de Apoio à Amamentação

Milhares de brasileiras que trabalham fora de casa têm dificuldade em seguir a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) de amamentar exclusivamente seus bebês até 06 meses de idade e complementar até dois anos ou mais, por não encontrarem apoio para manter a amamentação depois que retornam ao trabalho, desmamando, então, seus bebês antes do período recomendado.

As consequências do desmame resultam na diminuição da proteção contra doenças, o que leva à maior ausência das mães no trabalho. Para combater o desmame, as trabalhadoras que amamentam precisam esvaziar as mamas durante a sua jornada, para manutenção da produção do leite e alívio do desconforto das mamas. Na maioria das vezes, não há um lugar apropriado para isso nas empresas, o que impede que a mulher aproveite o leite retirado para oferecer ao seu filho posteriormente. Assim, empresas com apoio da Secretaria de Estado de Saúde estão investindo em salas de apoio à amamentação destinada, à ordenha e à estocagem de leite materno durante a jornada de trabalho, com a finalidade da manutenção da produção de leite materno.

Essas salas contam com poltronas e freezer, sendo um espaço confortável para a ordenha. No Estado de Goiás, no ano de 2016, foram inauguradas 04 salas de apoio à amamentação, situadas em Goiânia.

**Quadro 1: Salas de Apoio à Amamentação no Estado de Goiás, 2016.**

N.	SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO
1	Centro de Abastecimento de Alimentos – CEASA/GO
2	Banco de Leite do Hospital Materno Infantil
3	Banco de Leite da Maternidade Nascer Cidadão
4	Posto de Coleta de Leite Humano do Hospital e Maternidade Dona Íris

Fonte: Gerência de Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente-SPAIS.

#### 1.3.4.2.5 Cadernetas de Saúde da Criança

A Caderneta de Saúde da Criança, Passaporte da Cidadania, é um importante instrumento para acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, do nascimento aos nove anos. Além dos dados pessoais da criança, a caderneta contém orientações quanto aos cuidados necessários para o bom desenvolvimento dela, saúde bucal, saúde ocular, imunização e apresenta os direitos da criança. Dividida em duas partes: a primeira é direcionada a quem cuida da criança e a segunda é destinada aos profissionais de saúde que se encarregarão de atualizar os registros de informações importantes, relacionadas à saúde da criança, conforme os cuidados profissionais a ela dispensados. Contém os gráficos de crescimento, instrumento de vigilância do desenvolvimento, tabelas para registros de vacinas aplicadas e espaço para anotações sobre os testes de triagem neonatal.

A Caderneta de Saúde da Criança é distribuída anualmente a todos os municípios

que fazem partos, pela Subcoordenação da Saúde da Criança (GSMCA/SPAIS/SES/GO), e possui ampla utilização pelas maternidades, pois o preenchimento é iniciado na própria sala de parto, com dados relativos ao parto e ao nascimento da criança. A seguir ela é continuamente utilizada com as consultas de puericultura e com os registros de imunização.

#### 1.3.4.2.6 Triagem Neonatal

A Triagem Neonatal engloba Teste do Pezinho (Triagem Biológica Sanguínea), Triagem Ocular – Teste do Olhinho (Teste do Reflexo Vermelho) e Triagem Auditiva – Teste da Orelhinha (Emissões Otoacústicas).

No Estado de Goiás, em 2014, ocorreu a ampliação do Teste do Pezinho para a fase IV, com a detecção de 06 doenças, tendo sido acrescentada a Deficiência de Biotinidase. Através do Programa PAI, foram adquiridos 138 oftalmoscópios que estão em fase final de distribuição e 23 equipamentos de emissão otoacústica (PEATE). O Teste da Orelhinha está em fase de conformação de rede para a distribuição dos equipamentos.

**Quadro 2: Doenças diagnosticadas pelo Teste do Pezinho, 2016.**

DOENÇAS DIAGNOSTICADAS PELO TESTE DO PEZINHO	
1	Fenilcetonúria
2	Hipotireoidismo Congênito
3	Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias
4	Hiperplasia Adrenal Congênita ou Síndrome Adreno-genital
5	Fibrose Cística
6	Deficiência da Biotinidase

Fonte: Coordenação Estadual de Triagem Neonatal de Goiás.

#### Principais entraves identificados na Saúde da Criança:

- Dificuldade de diminuição da mortalidade neonatal, componente principal da mortalidade infantil;
- Baixa qualidade do pré-natal e inadequada assistência ao parto;
- Dificuldade de qualificação de recursos humanos da saúde na assistência ao recém-nascido em sala de parto e na atenção básica;
- Não cumprimento da primeira consulta do recém-nascido até os 07 dias de vida do calendário básico de consultas da criança no primeiro ano de vida nas Unidades Básicas de Saúde;
- Alta rotatividade de profissionais de saúde nos municípios;
- Insuficiência de pediatra ou médico qualificado para assistência ao recém-nascido no momento do nascimento na rede SUS, em alguns municípios;



- Dificuldades no adequado transporte neonatal de alguns municípios para Unidades Hospitalares de Referência;
- Centralização de leitos de alto risco neonatais em Goiânia e Anápolis;
- Dificuldade para a qualificação de médicos não pediatras em reanimação neonatal;
- Dificuldade para a qualificação de profissionais de saúde na assistência às doenças prevalentes no período neonatal e na infância;
- Dificuldade dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde em desenvolver a ação Desenvolvimento Integral na Primeira Infância e de referência para a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência;
- Dificuldade de implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em novas maternidades e manutenção do título “Hospital Amigo da Criança” nas maternidades já habilitadas;
- Dificuldades de expansão do número de Bancos de Leite Humano no Estado;
- Dificuldades de articulação da Rede Cegonha (Componente 1 – Atenção à criança de 0 a 24 meses e componente 3 - Atenção ao parto e nascimento) com as demais de redes de assistência.

#### 1.3.4.2.7 Sistema de Informação do Câncer – SISCAN



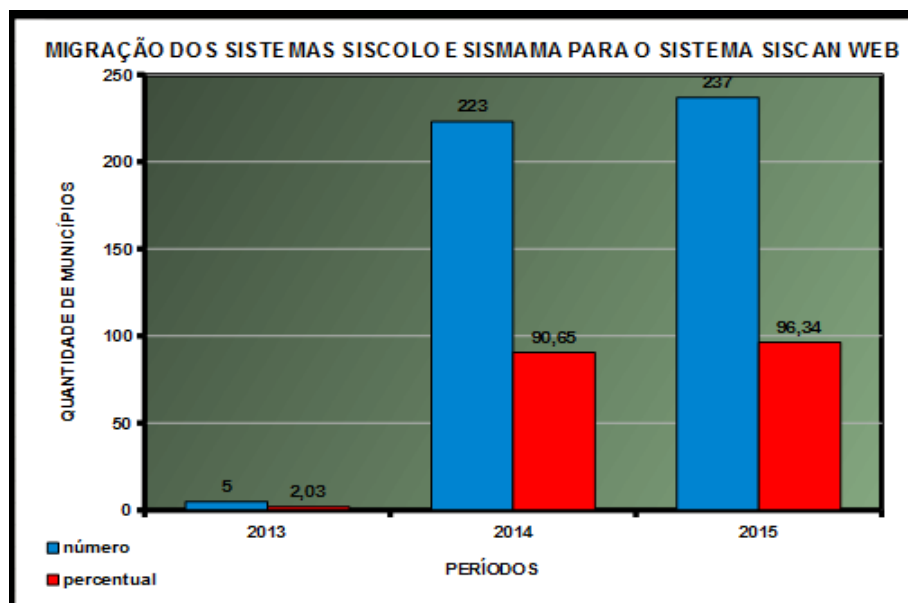
Este sistema é a versão em plataforma *web* que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA) implantado em 30/10/2012 que tem por objetivo, enquanto ferramenta de gestão, fortalecer as ações de controle e prevenção destes cânceres.

O SISCAN gera dados que subsidiam o monitoramento e a avaliação por meio dos relatórios, o gestor pode:

- Conhecer a distribuição dos exames do colo do útero e de mama para organizar o acesso à rede de serviços, contribuindo para a estruturação das redes de assistência à saúde e otimizar a utilização dos recursos;
- Verificar a distribuição dos resultados dos exames e indicar auditorias e capacitações locais, quando necessário, qualificando os dados do sistema de informação;
- Avaliar a qualidade dos exames por meio da análise comparativa do resultado de rastreamento e de seu resultado histopatológico;
- Construir indicadores para acompanhar o desempenho do programa de controle destes cânceres e fazer análises temporal e espacial.

No gráfico abaixo, observamos um crescimento na implantação do sistema de 2013 a 2015, no ano de 2013 teve muitos problemas originados pela homologação do sistema, além de falta de internet e computadores nas unidades de saúde. Nos anos seguintes, houve avanço na implementação do sistema, com apoio dos municípios em recursos tecnológicos e profissionais capacitados.

**Gráfico 59: Migração dos Sistemas SISCOLO e SISMAMA para o Sistema SISCAN WEB.**



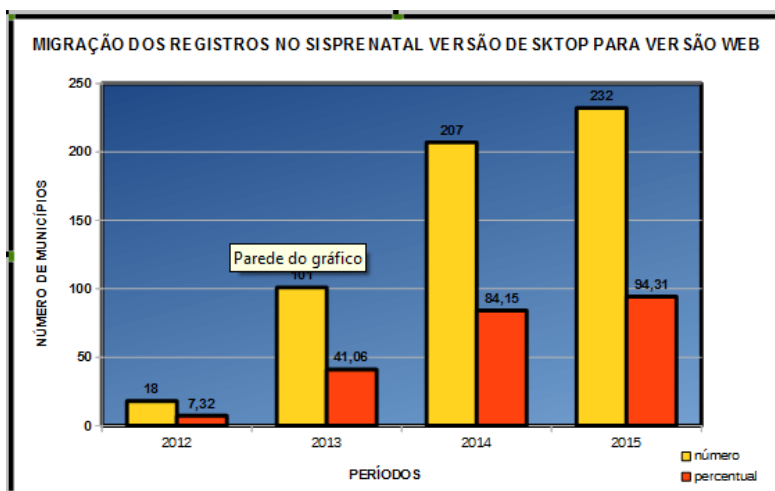
Fonte: Sistema de Informação do Câncer – SISCAN.

O SISPRENATAL é o sistema de monitoramento e avaliação da atenção ao pré-natal e ao puerpério prestados pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na unidade básica de saúde até o atendimento hospitalar de alto risco. O sistema contribui, ainda, para identificação de fatores que caracterizam a gravidez de risco, com o objetivo de promover a segurança da saúde da mãe e da criança e possibilitar a prevenção das complicações identificadas como principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

O SISPRENATAL monitora o cadastro das gestantes atendidas pelo SUS, a captação precoce da gestante na Unidade Básica de Saúde, o acesso ao pré - natal de alto risco, a realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco com acesso aos resultados em tempo oportuno, a vinculação da gestante ao local de parto desde o pré-natal, e a assistência ao parto e à consulta puerperal.

Conforme o gráfico abaixo, observamos um crescimento na implementação do sistema, no ano 2012 teve muitos problemas originados pela homologação do sistema, além de falta de internet e computadores nas unidades de saúde. Nos anos seguintes, houve avanço com apoio dos municípios, em recursos tecnológicos e profissionais capacitados.

**Gráfico 60: Migração dos Registros no Sisprenatal versão de SKTOP para versão WEB.**



Fonte: Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré - Natal, Parto, Puerpério e Criança - SISPRENATAL WEB.

### 1.3.4.3 Saúde do Homem

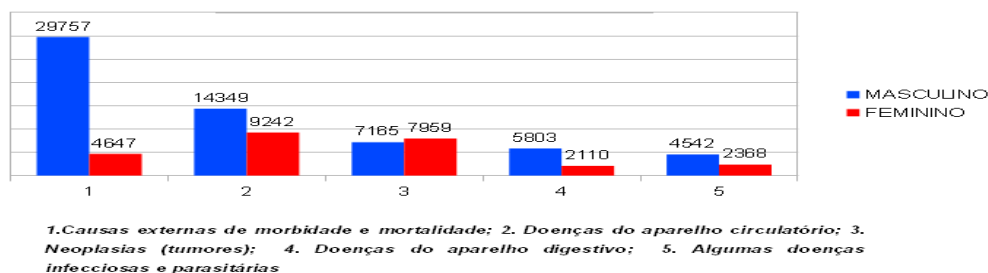
A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída pela Portaria nº 1.944, em 28 de agosto de 2009, com o objetivo de promover a melhoria das condições de saúde deste segmento populacional, de 20 a 59 anos contribuindo, para a redução da morbidade e da mortalidade, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e da facilitação do acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde.

No Brasil o número total de homens é cerca de 93.406.990, sendo que a população-alvo da Política, na faixa etária de 20 a 59 anos, é de 52.325.466 (56.00%). No estado de Goiás a população masculina total é de 2.981.542 e a população alvo é de 1.710.326 (57,36%).

As principais causas de morbimortalidade dos homens de 20 a 59 anos no Estado de Goiás são descritas abaixo:

**Gráfico 61: Óbitos por residência, por ano, segundo capítulo CID 10.**

Óbitos por residência por ano segundo capítulo CID -10  
Faixa etária: 20 a 59 nos  
Sexo: Feminino – Masculino / Período: 2001 - 2011



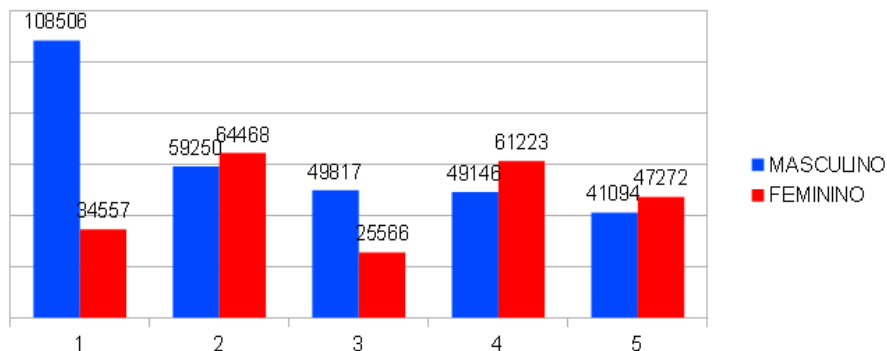
Fonte: SIM/DataSUS/MS.

### Gráfico 62: Internações por ano segundo capítulo CID 10.

Internações por ano processamento segundo capítulo CID – 10

Faixa etária: 20 a 59 nos

Período: JAN / 2008 – NOV/ 2013



1. Lesões enven. e alg. Out. conseq. causas externas; 2. Doenças do Aparelho Digestivo; 3. Transtornos Mentais e comportamentais; 4. Doenças do Aparelho circulatório; 5. Doenças do Aparelho Respiratório

Fonte: SIM/DataSUS/MS.

A análise destes dados evidencia que os principais problemas de saúde identificados na população masculina se referem ao aumento da incidência de doenças do aparelho circulatório e neoplasias; aumento da taxa de mortalidade por causas externas, aparelho circulatório e neoplasias; resistência cultural da população masculina em buscar serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças.

#### 1.3.4.4 Saúde do Adolescente

Reconhecendo a vulnerabilidade do grupo jovem, de 15 a 19 anos de idade, as repercussões sobre o processo saúde doença advindas das determinações socioeconômicas e políticas da Reforma dos Estados, o Ministério da Saúde - MS ampliou a especificidade no atendimento em saúde à faixa etária de 10 a 24 anos.

O Ministério da Saúde propõe Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

Vale ressaltar ainda, a importância da construção de estratégias que contribuam para a modificação do quadro de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional.

As Condições de Saúde dos Adolescentes e a situação da infância e da adolescência desperta, desde a década de 1980, o interesse de profissionais e de autoridades no que se refere às suas condições de vida e saúde. Em 1990, com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei 8.069/90), foi confiada ao Sistema Único de Saúde - SUS a missão de assegurar o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, garantindo aos indivíduos abrangidos pela norma o acesso às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Dessa forma, a operacionalização das ações deve estar integrada com as áreas de segurança,

justiça e assistência social, cultura, lazer, habitação, trabalho e educação, privilegiando os princípios da transversalidade e da intersectorialidade seguindo os seguintes eixos:

- Participação Juvenil;
- Equidade de Gêneros;
- Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos;
- Projeto de Vida;
- Cultura de Paz;
- Ética e Cidadania;
- Igualdade Racial e Étnica.

É importante enfatizar que a sustentabilidade das estratégias de saúde ou de desenvolvimento comunitário ou até mesmo da Nação, dependerá, a médios e longos prazos, da formação de adolescentes e jovens com capacidade de liderança, de participação e espírito de serviço à coletividade.

No Brasil, a mortalidade de adolescentes por causas externas alcançou tal magnitude, que passou a ser reconhecida como um problema de saúde pública. Seu efeito não passou somente as crescentes taxas de mortalidade, abordando também sequelas físicas, psicológicas, sociais e morais, de forma individual e coletiva, além do impacto econômico e a sobrecarga do sistema de saúde (BRASIL, 2008a).

No Estado de Goiás, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade, em 2013, as causas externas foram responsáveis pelo maior percentual das mortes de adolescentes, seguidas das neoplasias, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório, nessa ordem, conforme mostra a figura abaixo.

**Figura 14: Ranking de mortalidade por todas as causas e ciclos de vida. Brasil, 2012.**

Ciclos de Vida				
Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Total
1. Afecções perinatais	Causas externas	Causas externas	Aparelho cardíaco	Aparelho cardíaco
2. Anomalia congênita	Neoplasia	Neoplasia	Aparelho respiratório	Neoplasia
3. Aparelho respiratório	Aparelho cardíaco	Aparelho respiratório	Neoplasia	Causas externas
4. Infeciosas e parasitárias	Sistema nervoso	Infeciosas e parasitárias	Endócrina	Aparelho respiratório
5. Causas externas	Aparelho respiratório	Aparelho respiratório	Aparelho digestivo	Endócrina
6. Sistema Nervoso	Infeciosas e parasitárias	Endócrina	Infeciosas e parasitárias	Aparelho digestivo
7. Endócrina	Aparelho digestivo	Transtornos mentais	Causas externas	Infeciosas e parasitárias
8. Neoplasia	Anomalia congênita	Sistema nervoso	Aparelho urinário	Afecções perinatais
9. Aparelho cardíaco	Endócrina	Aparelho urinário	Sistema nervoso	Aparelho urinário
10. Aparelho digestivo	Gravidez, parto e puerpério	Sangue e órgãos hematopoiéticos	Transtornos mentais	Sistema

Fonte: DATA SUS.

**Tabela 21: Óbitos por Residência segundo Macrorregião de Saúde do Estado de Goiás.**

<b>10 a 19 anos Período:2013</b>	
Centro-Oeste	303
Nordeste	259
Centro Norte	137
Sudoeste	99
Centro Sudeste	205
Ignorado	05
<b>TOTAL</b>	<b>1.008</b>

Fonte: DATA SUS.

Adolescentes e jovens, por serem consideradas pessoas saudáveis, não têm a necessária atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva. Hoje, no entanto, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e a crescente incidência de mortalidade, evidenciadas especialmente pelas causas externas.

**Figura 15: Mortalidade proporcional entre adolescentes (10-19 anos), Brasil, 2012**

Causas externas	10 a 14 anos n / %	15 a 19 anos n / %	Total n / %
Agressões	545 / 22,4	7.497 / 58,7	8.042 / 52,9
Acidentes de Transportes	872 / 35,9	3.072 / 24,0	3.944 / 25,9
Afogamentos	530 / 21,8	844 / 6,6	1.374 / 9,0
Lesões autoprovocadas	117 / 4,8	617 / 4,8	734 / 4,8
Quedas	87 / 3,6	102 / 0,8	189 / 1,2
Outras causas externas	277 / 11,4	642 / 5,0	919 / 6,0
Total	2.428 / 100,0	12.774 / 100,0	15.202 / 100,0

Fonte: SIM/SVS/MS – excluídos óbitos com idade ignorada e causa externa indeterminada.

Para dar visibilidade e atender as necessidades em saúde de adolescentes com impactos positivos na sua vida, não se restringindo à prevenção de doenças e agravos ou ao atendimento clínico, busca-se estratégias setoriais e intersetoriais que contribuam para a modificação do quadro de vulnerabilidade a doenças e agravos, influenciando no desenvolvimento saudável desta população, torna-se relevante e imprescindível dar continuidade à implementação da Política de Atenção integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

#### 1.3.4.4.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, em Regime de Internação- PNAISARI

O atendimento integral à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de internação recebeu especial atenção com a publicação da Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Esta lei propõe, entre outras, diretrizes para uma política pública voltada para a implementação das ações de saúde previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Diante da necessidade de garantir a efetivação dos direitos a adolescentes, a quem se atribui a prática de ato infracional, o Ministério da Saúde redefine através da Portaria GAB-MS, n.º 1.082, de 23 de maio de 2014, as novas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Redefine também a Portaria GM/MS, n.º 1.083, de 23 de maio de 2014, a qual institui o financiamento de custeio para o ente federativo responsável pela Gestão das ações de Atenção Integral à Saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, de que trata o Art. 24 e parágrafo único da Portaria GM/MS nº 1.082 de 23 de maio de 2014. Portanto, fica revogada a Portaria Interministerial, n.º 647, de 11 de novembro de 2008, a partir de 23/11/2014, conforme Portaria GM/MS nº 1.084 de 23 de maio de 2014.

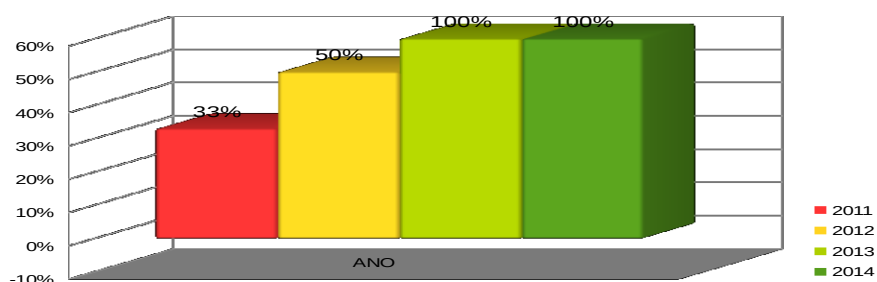
Dessa forma, o acesso e a garantia à saúde do adolescente passa da informalidade e pessoalidade para estratégias e ações articuladas entre as Unidades socioeducativas e as secretarias municipais de saúde.

O estado de Goiás tem hoje oito (08) Unidades Socioeducativas, distribuídas em seis (06), municípios; Goiânia (03), Formosa (01), Luziânia (01), Anápolis (01), Itumbiara (01) e Porangatu (01).

A Secretaria de Estado de Cidadania e Trabalho – SECT é a Gestora do Sistema Socioeducativo em Goiás e a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás é responsável pela Atenção Integral à Saúde a Adolescentes infratores os quais estão sob medidas socioeducativas e em regime de internação e internação provisória, de forma compartilhada com os demais entes federativos envolvidos.

De 2011 a 2015, 100% dos municípios com unidades socioeducativas aderiram a PNAISARI, conforme o gráfico abaixo:

**Gráfico 63: Percentual de municípios com Unidades Socioeducativas e PNAISARI implantada – GOIÁS- 2011-2014.**



**Fonte: Gerência de Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente – SPAIS.**

População de Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade: 422 (0.04%), em 07/12/15.

### 1.3.4.4.2 Gravidez na Adolescência

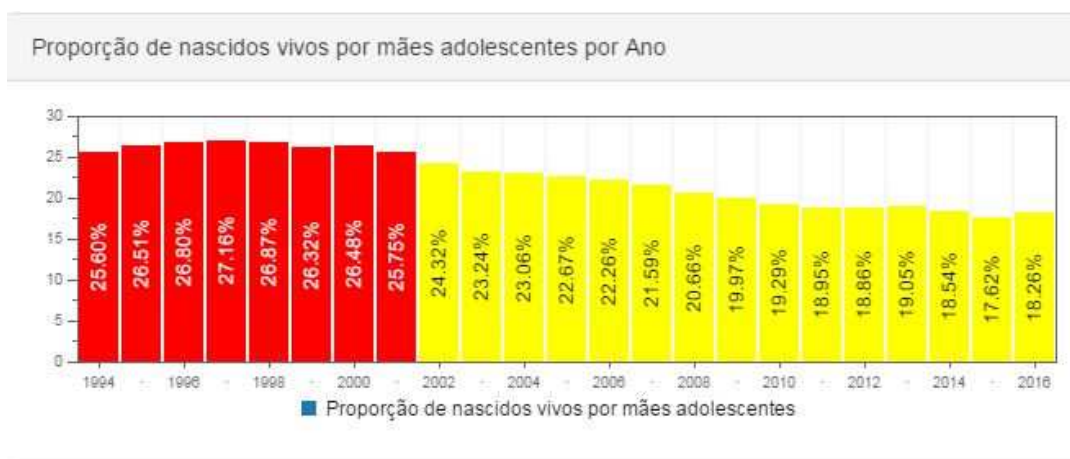
A população de adolescentes no Brasil na faixa etária de 10 a 19 anos representa aproximadamente 20% da população, em Goiás este valor é de 17% (DATA SUS/2013). O aumento populacional desse segmento, ocorrido nas últimas décadas, resulta de uma transformação na estrutura etária da população, em função da queda da fecundidade e do aumento da esperança de vida ao nascer (Manual de Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, 2010).

Nas últimas duas décadas, a gravidez na adolescência se tornou um importante tema de debate e alvo de políticas públicas em praticamente todo o mundo (Departamento de Atenção Básica - DAB/MS). Em geral, é uma situação de risco e elemento desestruturador da vida de adolescentes, assim como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações ao colocar impedimentos na continuidade dos estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes (Ministério da Saúde/Caderno de atenção Básica nº 26, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que é fundamental o empenho das autoridades para evitar a gravidez entre adolescentes. No mundo todo, uma a cada cinco adolescentes e jovens deu a luz com menos de 18 anos. Nas regiões mais pobres, a proporção passa para uma a cada três. A OMS informa ainda que é elevado o número de mortes de gestantes de 15 a 19 anos por complicações do parto.

No Estado de Goiás a média dos índices de gravidez na população adolescente nos anos de 2008 a 2012 é de 22%, valor acima do que é preconizado como tolerável pela OMS de 20% de acordo com os dados consolidados no sistema do DATA-SUS, e dados preliminares dos anos de 2015 e 2016 do Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde – CONECTA SUS, demonstrado nas tabelas abaixo:

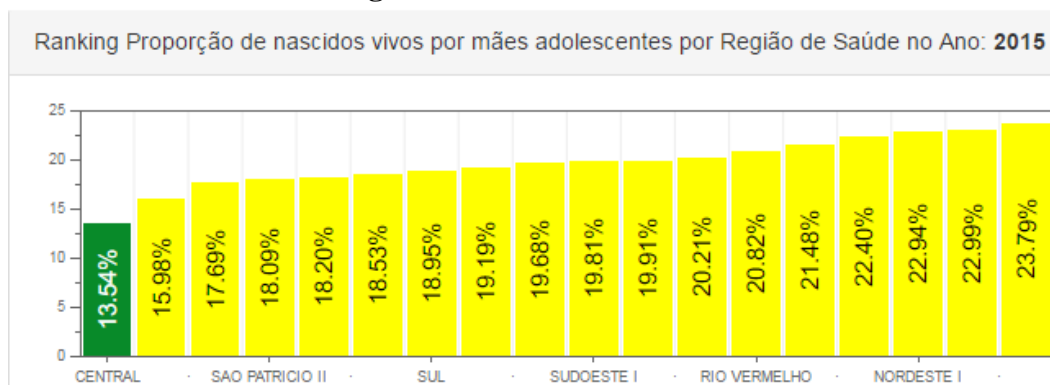
**Gráfico 64: Ranking Proporção de nascidos vivos por mães adolescentes por Ano.**



Fonte: Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde – CONECTA SUS.



**Gráfico 65: Ranking Proporção de nascidos vivos por mães adolescentes por Região de Saúde no Ano: 2015**



Fonte: Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde – CONECTA SUS.

Com intuito de dar uma maior visibilidade ao público adolescente e subsidiar os serviços de saúde na atenção integral à saúde desta população, o Ministério da Saúde construiu dois guias (um para ela e outro para ele) para o atendimento ao adolescente nas unidades de saúde, visando à garantia da avaliação dos seus principais aspectos como crescimento e desenvolvimento, bem como, o desenvolvimento puberal das crianças entrando na adolescência, são eles: Guia para profissionais de saúde (um para menina e outro para o menino) contendo: “**Orientações para o Atendimento à Saúde de Adolescentes**”, com orientações sobre o atendimento como um todo. Seus pontos principais; “**Antropometria na Atenção à Saúde de Adolescentes**” para avaliação do crescimento e desenvolvimento de adolescentes com os gráficos para acompanhamento; e “**Estágios de Maturação Sexual – Pranchas de Tanner**” para avaliação do desenvolvimento puberal.

No ano de 2014 foi encaminhado pelo Ministério da Saúde uma remessa de Cadernetas, estas foram distribuídas a todas as regionais de saúde para serem encaminhadas aos municípios. No ano de 2015 não houve distribuição de cadernetas pelo Ministério da Saúde.

**Figura 16: Caderneta de Saúde do Adolescente.**



Fonte: CONECTA SUS.

#### 1.3.4.4.3 Situação do Programa Saúde na Escola-PSE-Goiás

O Programa Saúde na Escola – PSE é uma Política de Saúde Interministerial entre Ministérios da Saúde e Educação, instituída pelo Decreto Presidencial, nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, planejada para promover à saúde e prevenir agravos, contribuindo para o fortalecimento das ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde com enfoque no desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens e a comunidade escolar.

O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras.

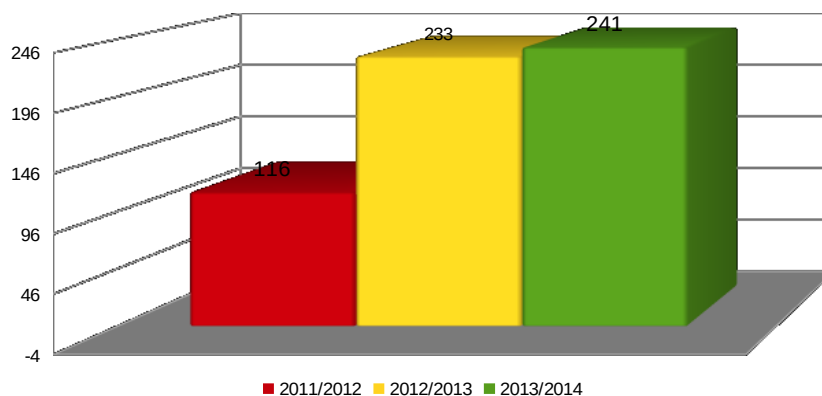
A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é à base do Programa Saúde na Escola.

➤ **Componentes do Programa:**

- **Componente I** – Avaliação Clínica e Psicossocial;
- **Componente II** - Ações de Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças e Agravos;
- **Componente III** - Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação, da Saúde e de Jovens para o PSE;
- **Componente IV** - Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes;
- **Componente V** - Monitoramento e Avaliação do PSE.

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás apoia, avalia e monitora a implantação e implementação do programa nas 18 Regionais de Saúde e 246 municípios.

**Gráfico 66: Situação do Programa Saúde na Escola- PSE- Goiás 2011/2014.**



Fonte: Gerência de Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente-SPAIS.

Conforme gráfico acima de 2011 a 2015, houve um acréscimo de 50,8% de adesão ao programa dos municípios do Estado de Goiás. Com a adesão, os gestores municipais de saúde recebem os incentivos financeiros específicos.

O PSE beneficia hoje 632.495 educandos, contempla 2.245 escolas e vincula 1.215 Equipes da Atenção Básica de Saúde.

Uma preocupação de saúde pública não só para o Estado de Goiás, mas para todo o país é o enfrentamento ao transmissor da Dengue, Chikungunya e do Zika vírus (*Aedes aegypti*). Nesse sentido, o Programa Saúde na Escola (PSE) institui também na

Semana Saúde na Escola (SSE) neste ano, a mobilização de campanhas nas escolas com o tema: “Semana Saúde na Escola na mobilização contra o *Aedes aegypti*! Escola saudável é ambiente que todos cuidamos.”.

**Figura 17: Semana Saúde na Escola 2016.**



**Fonte: Programa Saúde na Escola (PSE).**

#### 1.3.4.5 Saúde Mental

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais abrangem um espectro de condições, desde as mais comuns como depressão e ansiedade, até as mais graves e persistentes como Esquizofrenia e Transtorno Bipolar, incluindo ainda os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Tais condições representam cerca de 13% da sobrecarga total de doenças (Global Burden of Disease), sendo que a Depressão ocupa hoje a terceira colocação do ranking de morbidade de doenças, representando uma sobrecarga de 4,3%.

Entretanto, estimativas da OMS apontam que a depressão ocupará a primeira posição em 2030, a frente de outras doenças crônicas como doenças cardiovasculares e HIV/AIDS, tornando-se a doença com maior sobrecarga / impacto à saúde (OMS, 2011).

As pessoas portadoras de transtornos mentais apresentam ainda maiores taxas de mortalidade, por exemplo, portadores de Esquizofrenia e Depressão maior, que apresentam mortalidade 1,6 e 1,4 vezes, respectivamente, maior do que a população geral, tanto por causas clínicas (Diabetes, HIV) como por causas externas, sobretudo suicídio. Esta foi a 15ª causa de mortalidade em 2012, representando cerca de 1,4% de todas as mortes ocorridas nesse ano. Ainda segundo a OMS, aproximadamente 800.000 pessoas morrem por ano por suicídio, sendo que na faixa etária de 15-29 anos esta é a segunda causa de mortalidade (OMS, 2014).

Em Goiás, o Mapa da Violência 2014 mostrou que o município de Mineiros ocupa a 6ª posição na estatística de suicídios entre jovens no Brasil e possui o 30º maior índice entre a população em geral. Em 2012, foram 12 casos, atingindo a taxa de 24,5 para cada 100 mil habitantes, o quádruplo da média nacional. São Miguel do Araguaia, décimo colocado entre 100 municípios brasileiros com mais de 20 mil habitantes, registrou taxa de 27,0.

Em relação ao uso de substâncias, o álcool é a droga mais consumida no Brasil e as taxas de dependência desta substância lideram os levantamentos epidemiológicos, representando cerca de 12,3% (CEBRID, 2005).

Observou-se ainda, na última década, a expansão do consumo de derivados de

cocaína fumada, como o crack e/ou similares, e de problemas relacionados ao uso. Segundo levantamento recente, feito nas capitais brasileiras, o número de usuários regulares de crack e/ou similares foi estimado em aproximadamente 370.000, o que representaria 0,81% da população brasileira (FIOCRUZ, 2014).

Outro dado preocupante se refere à assistência em Saúde Mental. Nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, entre 76 e 85% da população não recebe nenhum tipo de tratamento em saúde mental. Nos países desenvolvidos, a diferença é menor, cerca de 35–50% da população (OMS, 2011). Essas estimativas mostram a lacuna existente entre a necessidade e a oferta de serviços de atenção à saúde mental.

Neste sentido, para o atendimento em saúde mental no âmbito do SUS - Sistema Único de Saúde, foi estabelecido a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas que tem como finalidade criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para todos aqueles que necessitam de atendimento especializado (BRASIL, 2011).

A RAPS conta com componentes e pontos de atenção que deverão estar articulados para atender a diferentes e diversas necessidades das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Constatam-se diferentes estágios de implantação e organização da RAPS e dos pontos de atenção psicossocial, nas várias regiões de saúde do Estado de Goiás. Vale mencionar que vários novos pontos de atenção da RAPS já foram pactuados em todo o Estado, porém ainda não implantados.

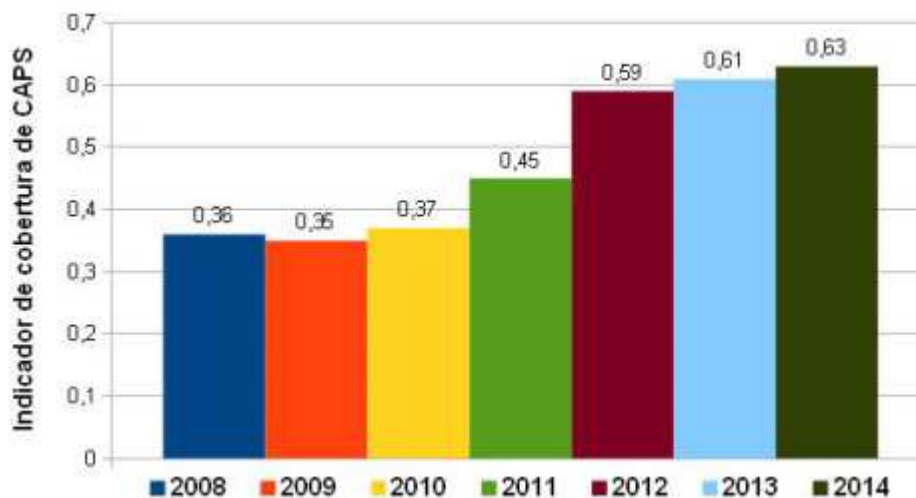
Na composição da RAPS, a saúde mental não está dissociada da saúde geral, inclusive da Atenção Básica. No ano de 2014, foi possível verificar que 74,4% dos municípios goianos realizaram algum tipo de atendimento em saúde mental na Atenção Básica. Além disso, 72,3% dos municípios informaram realizar atendimento relacionado ao álcool e 63,4% informaram atendimentos relacionados às outras drogas (SIAB, 2014).

Entre 2013 e 2014, 9.946 agentes comunitários de saúde participaram do Projeto “Caminhos do Cuidado”, que teve como objetivo proporcionar aos agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem, formação em saúde mental com ênfase em crack, álcool e outras drogas.

Para a atenção especializada, segundo dados do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES, 2015), o Estado de Goiás possui 67 CAPS em funcionamento. Destes, 39 são CAPS tipo I, 15 CAPS tipo II, um CAPS tipo III, três CAPS tipo infanto-juvenil, 09 CAPS AD (álcool e outras drogas) e um CAPS AD (III) (CNES, 2015).

O único indicador estabelecido pelo Ministério da Saúde no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 é o indicador 29 sobre a cobertura de CAPS, que permite monitorar a ampliação do acesso da população com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas ao tratamento nos CAPS.

**Gráfico 67: Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS no Estado de Goiás por ano de referência - 2014.**



Fonte: GSM/SPAIS/SES/GO.

O Gráfico 67 acima ilustra a evolução do indicador de cobertura de CAPS em Goiás nos últimos anos, demonstrando que em 2014, o Estado de Goiás alcançou a cobertura de 0,63 pouco abaixo da Meta Nacional para 2015, que é de 0,77.

Em 2015, o Estado de Goiás dispõe de 11 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) implantados, 05 em processo de implantação e 17 SRTs já pactuadas e que serão implantadas nos próximos anos. Há, aproximadamente, 120 moradores em Clínicas e Hospitais Psiquiátricos no Estado de Goiás, além de pessoas com transtorno mental institucionalizadas em Asilos e Abrigos.

O Programa de Volta para Casa (PVC), criado pelo Ministério da Saúde, regulamenta o auxílio – reabilitação – psicossocial para a assistência, o acompanhamento e a integração social de pessoas com transtornos mentais que têm história de longas internações psiquiátricas (dois anos ou mais de internação). Instituído pela Lei 10.708/2003, é outra estratégia de desinstitucionalização e no Estado de Goiás, há 11 pessoas recebendo o benefício. Conforme levantamento que vem sendo realizado junto aos Hospitais e Clínicas Psiquiátricas, Asilos e Abrigos em Goiás estima-se que aproximadamente 200 pessoas poderiam ser beneficiadas com esse programa.

O Serviço Hospitalar de Referência (SHR), ou leito de atenção integral à saúde mental em Hospital Geral é um importante ponto de atenção da rede para ofertar suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica.

No Estado de Goiás, apenas 12 leitos estão em funcionamento: 04 em Piracanjuba, 04 em Rio Verde e 04 em São Miguel do Araguaia, mas outros 261 já estão pactuados e em processo de implantação. Para acolhimento dos usuários de álcool e drogas em situação de vulnerabilidade, também foram pactuadas 42 Unidades de Acolhimento. Encontra-se em funcionamento 02 Unidades de Acolhimento Infantil, em

Goiânia e Piracanjuba.

Além do investimento nos pontos da Rede de Atenção Psicossocial definidos pelo MS, em álcool, crack e outras drogas e de todo clamor social que envolve a questão, o Governo do Estado de Goiás posicionou-se pela implantação de leitos públicos (96 vagas por unidade) nos Centros de Referência e Excelência em Dependência Química (CREDEQ), conforme Plano de Governo.

Está prevista a criação de 10 centros, sendo que 05 estão em fase de construção. A unidade de Aparecida de Goiânia tem previsão de entrega para o segundo semestre de 2015, e o fluxo de acesso a este serviço foi pactuado em CIB em março de 2015 ficando a regulação das vagas a cargo do complexo regular estadual.

Além disso, até que a rede de atenção extra-hospitalar se mostre suficiente para a retaguarda à crise em saúde mental, principalmente com a implantação de CAPS III (24 horas) e de leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, os hospitais psiquiátricos do Estado de Goiás conveniados com o SUS continuarão sendo utilizados para este fim. Conforme registros do CNES/MS há o quantitativo de 1.011 leitos distribuídos em Hospitais Psiquiátricos em Goiás (SCAGES/2014). Segundo informações do PNASH 2012/2013 havia 1160 leitos conveniados em hospitais psiquiátricos no Estado, mas destes 382 leitos foram descredenciados em 2014. Desta forma, o Estado de Goiás conta com 778 leitos para esta especialidade.

Também em atenção à Lei nº 10.216 e visando garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator, Goiás foi pioneiro na implantação do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), em 2006. A principal diretriz do Programa é o de sua atuação como auxiliar aos juízes de execução penal.

O PAILI já recebeu do judiciário 449 pacientes, sendo que 105 tiveram suas Medidas de Segurança extintas. Atualmente acompanha 312 pessoas em tratamento ambulatorial, sendo que destas, 24 se encontram, excepcionalmente, recolhidos em Unidades Prisionais, por várias razões, dentre elas, a falta de suporte social e familiar.

Além da implantação da RAPS, estratégias de Educação Permanente em Saúde estão sendo desenvolvidas para profissionais de saúde de diversos pontos de atenção e para parceiros intersetoriais. Estes espaços de formação são capazes de criar mecanismos de multiplicação, apoio institucional e sustentabilidade das ações de qualificação da rede.

Em relação à implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, os principais problemas são: ausência de política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, coerente com a Política Nacional; dificuldade de implantação dos leitos de saúde mental nos hospitais próprios do Estado; qualificação insuficiente dos profissionais da Atenção Básica em Saúde Mental; pouca articulação entre a RAPS e Rede de Urgência e Emergência; irregularidade nos repasses da contrapartida estadual; ineficiência do registro, monitoramento e avaliação das ações de Saúde Mental na RAPS.

Em suma identificamos grandes desafios a serem enfrentados para o próximo quadriênio dentre os quais destacamos a qualificação dos pontos de atenção existentes e a ampliação da oferta de serviços de saúde mental da RAPS.

### 1.3.4.6 Saúde das Populações em Situação de Vulnerabilidade

A Política Nacional da Promoção da Equidade em Saúde preconiza um conjunto de ações para reduzir as condições de desigualdade de acesso aos serviços de saúde de qualidade das populações com maior vulnerabilidade sociocultural, entre elas as populações em situação de rua, negra, LGBT, indígena, cigana, pessoas com doenças raras, população do campo, da floresta e das águas.

Os dados demográficos sobre a maioria destas populações ainda são estimados, entretanto, foram utilizados para este Plano os dados e os problemas de saúde identificados em diversas fontes oficiais e de organizações não governamentais que atuam com estas populações.

Além dos problemas de saúde e agravos que acometem a população de um modo geral, as populações em situação de vulnerabilidade estão mais suscetíveis ao racismo, preconceito e violência, que devem ser objeto de preocupação do poder público.

As ações de intervenção nessa área exigem a intersetorialidade, considerando que os problemas que atingem as populações vulneráveis são multicausais, requerendo atuação de vários setores governamentais, não governamentais e da sociedade civil.

#### 1.3.4.6.1 População em Situação de Rua

Apesar das pessoas que circunstancial ou permanentemente vivem nas ruas, terem por direito constitucional serem consideradas cidadãs integrais, segundo a Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua (MDS, 2008), as visões estigmatizantes da sociedade civil, sobre as mesmas, ainda costumam restringir-se, na maioria das vezes, às pulsões e ações assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de “higienização social”. É preciso afirmar a humanidade e o direito de quem está vivendo nas ruas por contingência ou escolha, através da execução de políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade, também para que a população de forma geral consiga enxergá-los para além de estigmas.

A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada em 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome identificou 31.922 pessoas (maiores de 18 anos) em situação de rua. Este número total, se considerado agregado às pesquisas de outras cidades, cujos dados estão disponíveis podemos estimar um número aproximado de 50.000 pessoas nas capitais de estados, no Distrito Federal e cidades com mais de 300 mil habitantes do Brasil.

Não há até o momento uma estimativa para o Estado de Goiás para esta população. Porém, segundo o Censo e Perfil da População em Situação de Rua na cidade de Goiânia, do Núcleo de Estudos sobre Criminalidade de Violência–NECRIVI/UFG, realizado em 2015, identificou-se um total de 351 pessoas em situação de rua, divididas entre idosos, adultos, adolescentes e crianças.

Com relação aos serviços de saúde, foram implantados os Consultórios na Rua com 01 equipe de saúde em Goiânia, 02 equipes de saúde em Aparecida de Goiânia e 01 equipe de saúde em Anápolis.

Encontra-se em discussão a implantação de mais 11 equipes de Consultório na Rua, distribuídos da seguinte forma: 01 em Anápolis, 01 em Aparecida de Goiânia, 04

em Goiânia, 01 em Formosa, 01 em Luziânia, 01 em Rio Verde, 01 em Trindade e 01 em Valparaíso de Goiás.

Os problemas de saúde mais frequentes da população em situação de rua são: DST/HIV/AIDS; gravidez de alto risco; doenças crônicas; tuberculose; consumo de álcool e drogas e problemas de saúde bucal.

#### **1.3.4.6.2 População LGBT**

A Portaria Ministerial nº 2.836 de 01 de dezembro de 2011 que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, estabelece entre os seus objetivos o de ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde e garantir o acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, em fase de implantação no Estado de Goiás.

A população LGBT está estimada em 661 mil habitantes em Goiás, segundo o IBGE de 2010, e além dos problemas de saúde comuns a toda população, esta é acometida especialmente pelo vírus do HIV, evoluindo em alguns casos para AIDS.

Destacam-se também as demandas advindas do processo transexualizador, tais como necessidade de hormonoterapia, atendimento psicossocial e intervenções cirúrgicas necessárias para a redesignação sexual, ou seja, para adequar o corpo ao gênero psíquico dos pacientes.

Em relação ao Processo Transexualizador, Goiás dispõe de um serviço ambulatorial e hospitalar do SUS funcionando no Hospital das Clínicas da UFG, que realiza cirurgia de transgenitalização, entretanto, apesar de uma significativa demanda das pessoas que necessitam de ações e serviços do processo transexualizador, o Hospital das Clínicas não dispõe de capacidade instalada para atendimento ao grande número de pacientes, situação que gera uma crescente demanda reprimida por estes serviços, hoje estimada em 300 pacientes que já deram entrada e aguardam na fila da regulação.

Encontra-se em fase final de tramitação a proposta para regulamentação no Estado de Goiás da Portaria GM/MS nº 1820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre a identificação do usuário pelo nome social, independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas.

#### **1.3.4.6.3 População do Campo, da Floresta e das Águas**

A população do campo e da floresta e das águas é formada por povos e comunidades, entre os quais se destacam os camponeses, os agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo; comunidades remanescentes de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; e outras comunidades tradicionais.

Em Goiás, segundo Censo de 2010 do IBGE, 583.074 pessoas, correspondente a 9,71% da população, vive na zona rural.

Até janeiro de 2016, havia 396 assentamentos, com 20.451 famílias, distribuídos



em 102 Municípios do Estado, de acordo com dados da Superintendência Regional do INCRA em Goiás.

Em relação à situação de saúde desta população, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, destaca que no campo brasileiro são encontrados os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de enorme pobreza decorrente das restrições ao acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida.

Vale ressaltar que algumas doenças estão intimamente ligadas à condição do campo e da floresta e, portanto, são relevantes para as populações de que trata esta política. De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan/MS) e o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep – Malária/MS), destacam-se dentre as doenças endêmicas: a malária, a febre amarela, a doença de Chagas e a leishmaniose.

Entre as doenças relacionadas ao trabalho, as mais frequentes são as lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/Dort), as formas de adoecimento mal definidas e o sofrimento mental, que convivem com as doenças profissionais clássicas como a silicose e as intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos.

#### **1.3.4.6.4 População Cigana**

Os dados oficiais sobre os Povos Ciganos no Brasil ainda são muito incipientes. A AMSK-Brasil – Associação Internacional Maylê Sara Kali –, analisou os dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e constatou que em 2011 foram identificados 291 acampamentos ciganos, localizados em 21 estados. Os Estados com maior concentração são: Bahia (53) Minas Gerais (58) e Goiás (38).

No Estado de Goiás, segundo o IBGE e Cadúnico 2015, foram identificadas 3.877 pessoas residentes em acampamentos ciganos nos 38 municípios do Estado.

Os municípios com 20 a 50 mil habitantes apresentam a maior concentração de acampamentos. Nesse universo e em âmbito nacional, 291 municípios que declararam ter acampamentos ciganos em seu território, 40 prefeituras afirmaram desenvolver políticas públicas para os Povos Ciganos, o que corresponde a 13,7% desses municípios. Em relação à população cigana total, estima-se que são mais de meio milhão no Brasil.

De acordo com o Relatório Executivo da I Semana Nacional dos Povos Ciganos, de 20 a 24/05/2013, as principais dificuldades relatadas se referem a: deslocamentos entre os acampamentos/residências até os postos de saúde; compreensão das orientações médicas; ter acesso imediato, quando necessário, a médicos, remédios e exames, entre outros.

Como recomendações, entre outras, a de que os profissionais de saúde precisam conhecer melhor a realidade das mulheres ciganas, e estas precisam compreender a dinâmica do atendimento à saúde para que possam protagonizar as ações de saúde; formar agentes comunitários de saúde dentro das próprias comunidades ciganas; elaboração de modelo de atenção à saúde que efetivamente chegue aos domicílios das

famílias ciganas; aproximar equipes de Saúde da Família e Atenção Básica das lideranças ciganas para a construção de uma agenda comum, com o desenvolvimento de ações de Atenção Básica nos acampamentos, respeitando as particularidades étnicas e culturais desta população; visitas periódicas das equipes de Saúde da Família aos acampamentos para esclarecerem as dúvidas, fazerem os encaminhamentos necessários ou mesmo para levantarem necessidades de cuidados com a saúde, que surgem a partir da própria estrutura precária dos acampamentos.

#### 1.3.4.6.5 População Idosa

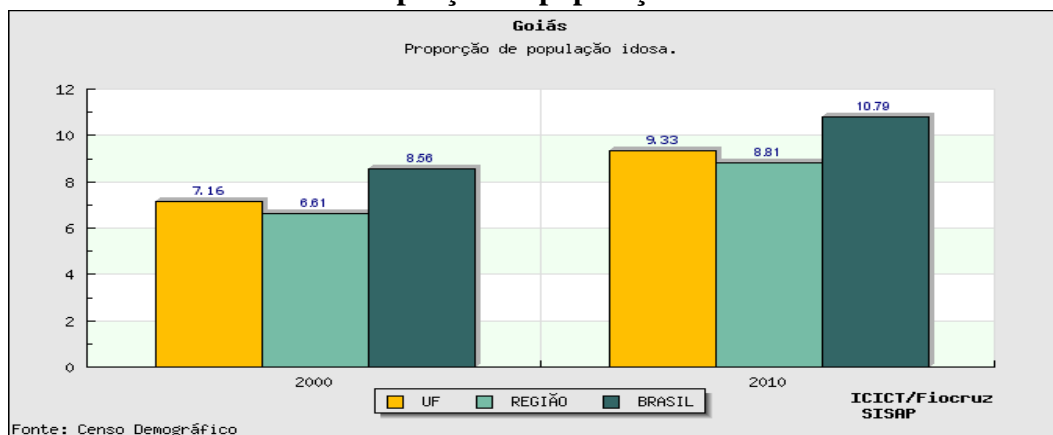
O envelhecimento populacional é uma realidade universal, que ocorre em virtude da mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida, o que faz com que a saúde dos idosos se torne um importante foco de atenção.

No Brasil, nas últimas décadas, o envelhecimento populacional apresentou-se de forma rápida e intensa. De acordo com dados do IBGE, a população idosa saltou de 17,6 milhões em 2004, para 24,8 milhões em 2012, o que representa 12,5% da população total.

A expectativa de vida no Brasil aumentou 17,9% entre 1980 e 2013, passando de 62,7 para 73,9 anos, um aumento real de 11,2 anos. Dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos.

Goiás acompanhou a tendência nacional de crescimento da população idosa, segundo dados do Censo de 2010, existem 560.450 mil pessoas idosas em uma população total de 6.154.996 segundo estimativa do IBGE de 2012, representando um percentual de 10,98% de pessoas acima de 60 anos. Um índice que demonstra uma grande parcela da população envelhecida em Goiás, uma vez que o Ministério da Saúde preconiza o percentual de 7% da população idosa por Estado.

**Gráfico 68: Proporção de população idosa em Goiás.**

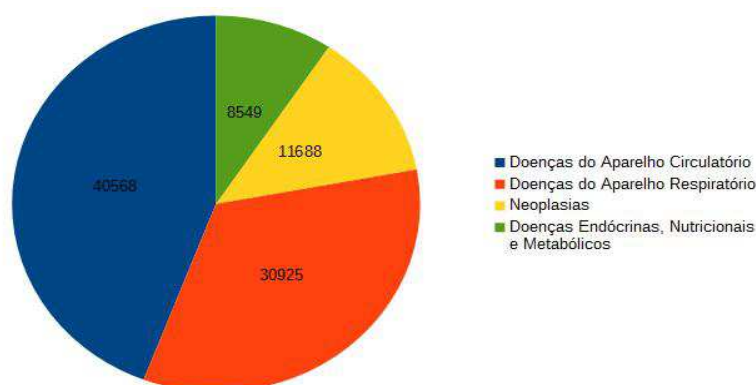


Fonte: Censo Demográfico.

À medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de contrair uma doença crônica, segundo IBGE (2010) somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças.

E em Goiás, as principais doenças que acometem a população idosa são as do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e neoplasias, conforme apontam dados sobre o número de internações hospitalares de janeiro/2013 a fevereiro/2015 no gráfico abaixo.

**Gráfico 69: Número de Internações Hospitalares em Goiás – Jan/2013 a Fev/2015.**



Fonte: DATASUS.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em nosso Estado, também afetam a funcionalidade das pessoas idosas, como: afecções cardiovasculares, em especial doença hipertensiva; diabetes e suas complicações; déficits sensoriais (auditivo e visual); afecções osteoarticulares; déficits cognitivos.

Ainda de acordo com dados do DATASUS, em Goiás as quatro principais causas de mortalidade em pessoas idosas no período de 2008 a 2012 são: Doenças do Aparelho Circulatório (92.971), Doenças do Aparelho Respiratório (33.238), Neoplasias (14.947) e Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas (14.317). Com relação ao número de óbito por causas externas no mesmo período foi de 3.933 casos, sendo de maior significância a queda sem especificação responsável por 536 mortes e outras 460 por quedas do mesmo nível, conforme MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Até 2015 houve a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em 211 municípios goianos, e no município de Goiânia, há o Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CRASPI), uma unidade da Secretaria Municipal de Saúde, que atua na promoção da melhor qualidade de vida da população idosa.

#### 1.3.4.6.6 População Privada de Liberdade

Segundo dados de 2014, coletados e sistematizados pela Subcoordenação de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário/GEPE/SPAIS/SES, o Sistema Penitenciário de Goiás abriga um contingente flutuante de 14.403 (quatorze mil quatrocentos e três)

presos custodiados em unidades penitenciárias, Colônias Agrícolas, Delegacias e Cadeias Públicas.

**Tabela 22: População Privada de Liberdade no Estado de Goiás, por Macrorregião.**

MACRORREGIÃO	Nº DE MUNICÍPIOS	Nº DE UNIDADES PRISIONAIS	POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE
Centro-Oeste	51	63	7.706
Centro-Norte	32	32	2.511
Sudeste	15	15	1.444
Sudoeste	14	16	1.516
Nordeste	17	21	3.154
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>147</b>	<b>16.331</b>

Fonte: Subcoordenação de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário/GEPE/SPAIS/SES-GO, 2015.

Deste total, 4.599 pessoas privadas de liberdade encontram-se no Complexo Penitenciário de Aparecida de Goiânia, composto por cinco unidades penitenciárias. A tabela abaixo evidencia a população prisional por macrorregião, conforme segue:

**Tabela 23: Demonstrativo do número de detentos, distribuído por sexo e unidade prisional no Complexo de Aparecida de Goiânia, 2015.**

UNIDADE PRISIONAL	POG <sup>1</sup>	CPP <sup>2</sup>	NC <sup>3</sup>	Semiaberto	Presídio Feminino	Centro de Triagem	Total
HOMENS	1.476	1.824	69	554	0	477	<b>4.400</b>
MULHERES	0	153	0	0	46	0	<b>199</b>
Total	1.476	<b>1.977</b>	<b>69</b>	<b>554</b>	<b>46</b>	<b>477</b>	<b>4.599</b>

Fonte: Dados Fornecidos pelo Complexo Prisional/SEAP, em 28/07/15.

<sup>1</sup> Penitenciária Odenir Guimarães; <sup>2</sup> Casa de Prisão Provisória; <sup>3</sup> Núcleo de Custódia.

Em janeiro de 2014 foi publicada a Portaria Interministerial nº 1/2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/PNAISP. O Estado de Goiás formalizou sua adesão à PNAISP em 19/03/2014, por meio da Secretaria de Estado da Saúde e da então Secretaria de Estado de Administração Penitenciária e Justiça. Até novembro de 2015, já procederam com a adesão à PNAISP 14 municípios: Ceres, Corumbá, Corumbá de Goiás, Carmo do Rio Verde, Flores de Goiás, Itaguaru, Itaberaí, Jussara, Nerópolis, Padre Bernardo, Rialma, Rubiataba, Sanclerlândia e Turvânia.

Os demais municípios ainda não aderiram à PNAISP, entretanto dispõem de

profissionais de saúde nas unidades penitenciárias. A Secretaria de Segurança Pública/Superintendência de Administração Penitenciária têm sido responsável pela contratação desses profissionais.

O Estado de Goiás conta com uma média de 2,6 leitos hospitalares por 1000 habitantes, nas diversas especialidades médicas. Entretanto, o acesso das pessoas privadas de liberdade à atenção especializada à saúde tem sido um grande desafio, por não haver oferta de leitos nas demais unidades de saúde e nem definição de fluxo pactuada para tal atendimento. É apenas no Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO que existem 06 leitos destinados às pessoas privadas de liberdade.

Encontra-se em fase de discussão a proposta de implantação destes leitos nas demais unidades hospitalares da SES/GO, com o estabelecimento de Protocolos e/ou rotinas operacionais para transporte, internação e segurança.

#### 1.3.4.6.7 População Negra

De acordo com os dados do Censo Demográfico 2010 o Estado de Goiás ultrapassou a marca de 06 milhões de residentes registrando 6.003.788 habitantes. Do total populacional pouco mais de 41% se declaram de cor ou raça branca enquanto a maioria (50,01%) se declarou de cor parda. Os que se declaram de cor preta, amarela ou de etnia indígena foram 6,53%, 1,64% e 0,14%, respectivamente.

No Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias:

- Geneticamente determinados – doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite;
- Adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/AIDS, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas);
- De evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses. Essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica sob pena de se inviabilizar a promoção da equidade em saúde no País. (PNUD et al, 2001).

De acordo com os Sistemas de Informação de Saúde, dentre as principais causas de mortalidade da população negra no Estado de Goiás estão as causas externas (ex: agressões/violência, acidentes), seguida das doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho digestivo. Como principais causas de morbidade as doenças do aparelho digestivo, circulatório e a dengue.

Em relação à anemia falciforme, doença prevalente mas não exclusiva na população negra, o serviço público de saúde oferece cobertura na área do diagnóstico e

da detecção do traço/doença, realizado pela APAE, e na área do tratamento realizado pelo HC/UFG e pelo Hemocentro de Goiás, unidades de referência para este agravo. Estima-se que há em torno de 3.700 portadores de Doença Falciforme entre a população do Estado, distribuídos na maioria dos Municípios Goianos.

No Estado há 34 comunidades Quilombolas reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares e 05 comunidades em processo de reconhecimento. Entretanto, no Estado, já foram identificadas 46 comunidades localizadas em 28 Municípios. A situação de saúde desta população compreende os problemas de saúde identificados na população negra e aqueles mais frequentes na população do campo e da floresta.

A Política Estadual de Saúde da População Negra, reconhecendo a prática do racismo institucional na rede de serviços de saúde, destaca a necessidade de mudanças no atendimento, dando ênfase ao acolhimento na porta de entrada do Sistema, nas unidades de saúde, voltando sua atenção para a sensibilidade profissional e para o respeito às diferenças em todos os níveis, fomentando a participação popular e a rede de controle social como forma de combater o racismo institucional e de promover as mudanças necessárias no atendimento na rede de serviços de saúde.

Portanto, o combate ao racismo institucional surge como um sério problema a ser enfrentado, muito embora, nem sempre treinamentos e cursos são capazes de vencer preconceitos, mas pode ser o início de uma mudança de comportamento dos profissionais para um melhor acolhimento e maior atenção aos agravos prevalentes na saúde da população negra, sobretudo os “geneticamente determinados”, como as doenças falciformes em geral.

#### **1.3.4.6.8 População Indígena**

As aldeias indígenas que se encontram no Estado de Goiás estão localizadas nos Municípios de Aruanã, Nova América, Rubiataba e Minaçu, e nelas vivem 528 indígenas das etnias Karajá, Tapuia e Avá-Canoeiro.

Entretanto, o Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia é responsável por uma população de 4.539 indígenas, distribuídos em 32 aldeias nos Estados de Goiás, Mato Grosso e Tocantins.

**Quadro 03: Demonstrativo da distribuição da população indígena por etnia, município e Estado do Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia, 2013.**

ESTADO	MUNICÍPIO	Nº DE ALDEIAS	ETNIAS	POPULAÇÃO
GOIÁS	Aragarças	01	Karajá	110
	Aruanã	02	Karajá	224
	Minaçu	01	Avá-Canoeiro	07
	Nova América/Rubiataba	01	Tapuio	187
<b>Subtotal</b>	<b>05</b>	<b>05</b>	<b>03</b>	<b>528</b>
MATO GROSSO	Cana Brava do Norte	01	Tapirapé	20
	Cocalinho	01	Guarani	38
	Confresa	03	Tapirapé	468
	Luciara	02	Karajá	214
	Porto Alegre do Norte	02	Tapirapé	121
	Santa Terezinha	05	Karajá e Tapirapé	473
	São Félix do Araguaia	01	Kanela	379
<b>Subtotal</b>	<b>07</b>	<b>15</b>	<b>04</b>	<b>1.713</b>
TOCANTINS	Formoso do Araguaia	01	Karajá	70
	Lagoa da Confusão	10	Karajá	2.195
	Sandolândia	01	Karajá	33
<b>Subtotal</b>	<b>04</b>	<b>12</b>	<b>01</b>	<b>2.298</b>
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>06</b>	<b>4.539</b>

Fonte: Relatório Informativo, DSEI Araguaia, novembro/2013.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi regulamentada pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, com base na compatibilização das Leis Orgânicas de Saúde com a Constituição Federal, cujo texto reconhece o respeito às especificidades étnicas, culturais e direitos territoriais dos povos indígenas.

É de “competência privativa” de a União legislar e tratar sobre a questão indígena, cabendo ao Estado de Goiás apoiar, por meio da rede de serviços do SUS, as ações e intervenções emanadas dos órgãos responsáveis diretamente pela política da saúde nas áreas indígenas.

De acordo com os dados disponíveis, a população indígena conta com agentes de saúde nas aldeias, mas a atenção básica é realizada pela rede SUS. Para procedimentos de média e alta complexidade e em situações de urgência e emergência, o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) utiliza os fluxos assistenciais do Sistema de Regulação do SUS em Goiás para acesso dos pacientes indígenas à média e alta complexidade.

Segundo o SINAN/NET, a situação epidemiológica da população indígena

atendida nos serviços públicos do Estado de Goiás apresenta como principais agravos: os atendimentos antirrábicos (acidente com animais); síndrome do corrimento cervical em mulheres; varicela e hepatites virais.

A proximidade aldeia-cidade acarreta consequências negativas: condições precárias das fontes tradicionais de alimentos/medicamentos, tais como caça, pesca, frutos, raízes e plantas, devido às condições de saneamento básico, poluição ambiental, lixo químico e industrial no solo e no curso dos rios.

Soma-se também a situação de vulnerabilidade a que fica exposta toda a aldeia, principalmente os jovens, pela possibilidade do envolvimento com o álcool e drogas, com sérios riscos para o aumento dos agravos e da mortalidade decorrente de causas externas.

#### 1.3.4.6.9 Pessoas com Doenças Raras

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras foi regulamentada pela Portaria nº 199 de janeiro de 2014, que aprova as diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros para custeio.

O número exato de doenças raras não é conhecido. Atualmente são conhecidas seis a sete mil doenças e regularmente são descritas novas doenças na literatura médica. Cerca de 80% delas decorrem de fatores genéticos, as demais advêm de causas ambientais, infecciosas, imunológicas, dentre outras (Clark & Clark, 2012)<sup>3</sup>.

No Estado de Goiás, dentre as Doenças Raras, o Xeroderma Pigmentoso destaca-se pelo grande número de casos. Portadores da Doença Rara *xeroderma pigmentosum* (XP) foram diagnosticados a partir de 2005 no Estado de Goiás. Estas pessoas apresentam uma doença de origem genética e apresentam alta sensibilidade à luz solar, principalmente o componente ultravioleta UV, o que provoca o aparecimento de lesões de pele, sobretudo nas regiões expostas à luz solar, tais como queratoses atípicas e câncer. Os pacientes XP apresentam frequência mil vezes maior de câncer de pele do que a população normal.

No Distrito de Araras do Município de Faina, foram diagnosticados e encontrase em acompanhamento e tratamento 114 pacientes regulados na rede de saúde do SUS, configurando uma frequência especialmente alta de pacientes XP.

#### 1.3.5 Saúde Bucal

A organização de redes de atenção integrada e regionalizada permeia toda a formulação do arcabouço constitucional do SUS, tanto nas proposições para organização do sistema de saúde como nas instâncias de gestão intergovernamentais que ampliaram as relações e vínculos entre os três entes federados na implantação das políticas de saúde. Esse processo, além de ampliar a descentralização dos serviços, estabelece mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais que garantem o acesso dos cidadãos aos serviços, de acordo com suas necessidades, o mais próximo



possível do seu local de residência.

Na Seção II do Decreto 7.508/2011, da Presidência da República, que trata da hierarquização dos serviços de Saúde, no Art. 8º diz que o acesso universal, igualitário e ordenado de atenção à saúde da população deve ser iniciado pelas Portas de Entrada do SUS e completada na rede regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade do serviço.

Na Atenção Primária que se deve planejar e implantar o quadro de ações transversais, organizando os serviços de saúde de forma a garantir a integralidade do cuidado em todos os ciclos de vida. Em Goiás, algumas redes de atenção com a inserção da saúde bucal, estão sendo discutidas, planejadas e pactuadas, conjuntamente com os municípios.

Considerando o indicador 4 do Pacto da Saúde - Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes básicas de Saúde Bucal (competência dezembro de 2015) - temos um percentual de cobertura de Saúde Bucal de 58,08 % na Atenção primária. Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS. Período: 2015

No Estado de Goiás, o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia de Saúde da Família (ESF), de acordo com o MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB, competência Dezembro de 2015, é de 849 Equipes de Saúde Bucal implantadas, na Modalidade I e 89 Equipes de Saúde Bucal implantadas, na Modalidade II. A equiparação de ESB com o número de ESF é importante para ampliar a cobertura da população de forma equânime e garantir acesso aos serviços. Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica-DAB - Competência. Dezembro de 2015

Dentre os métodos coletivos de prevenção de doenças bucais, o autocuidado de higiene bucal ou escovação dental adequada com creme dental fluoretado é de suma importância, pois conforme dados epidemiológicos, a cárie dentária é o problema de saúde bucal mais prevalente e a escovação correta seria uma das formas de preveni-la. O indicador responsável por verificar se esta medida preventiva está sendo acessível à população é o indicador 5: Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, contida no Pacto pela Saúde. O resultado alcançado no ano de 2015 foi de 1,17% que ficou aquém da meta pactuada de 3% da população do Estado de Goiás. Uma efetiva participação da Gestão com as ESB na Atenção Primária dos municípios é primordial para o alcance das metas em cada indicador. Fonte: MS/DATASUS. Média escovação dental supervisionada por Ano segundo Região de Saúde (CIR) Período: 2015

O indicador 06: Proporção de exodontia em relação aos procedimentos do Pacto pela Saúde tem como meta reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos, ou seja: Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela Odontologia do município, demonstrando que o conjunto de ações abrange um maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária. O resultado alcançado no ano de 2015 foi de 5,49% um pouco acima do preconizado. Fonte: MS/DATASUS. Percentual de Exodontias relação a procedimentos por Ano segundo Região de Saúde (CIR) Período: 2015

Por meio do Programa Federal Brasil Sorridente, o Estado de Goiás foi contemplado com 13 Unidades Odontológicas Móveis (UOM). Trata-se de um

consultório odontológico estruturado em veículo devidamente adaptado e equipado para desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal, vinculado a uma ESB da ESF, com o objetivo de ofertar serviços odontológicos para as populações de locais que apresentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, localizados predominantemente nas áreas rurais. Os municípios goianos contemplados com estas unidades móveis são: Baliza Nova Roma, Monte Alegre de Goiás, Campinaçu, Colinas do Sul, Novo Planalto, São João da Aliança, Faina, Teresina de Goiás, Trombas, Niquelândia, Padre Bernardo e Flores de Goiás, estando este último aguardando portaria de credenciamento por parte do Ministério da Saúde.

A promoção, prevenção e principalmente a educação em saúde, considerando as realidades locais e interação com os outros setores e outras instituições, são ainda incipientes e insuficientes. As normas e diretrizes da Atenção Primária em Saúde requerem qualificação e perfil profissional que propicie o trabalho em equipes. Há muitos anos, acumulam-se evidências de que sistemas orientados pelos princípios da Atenção Primária à Saúde – APS alcançam melhores resultados, maiores satisfação dos usuários, maior equidade e menores custos (Starfield, 1994; Berman, 2000).

Como fatores dificultadores para o desempenho das equipes de saúde bucal, encontram-se:

- A alta rotatividade de profissionais, provavelmente pela precarização do vínculo empregatício;
- A dificuldade dos profissionais desenvolverem ações interdisciplinares e interinstitucionais voltadas à integralidade do atendimento, situação essa agravada pela dificuldade dos gestores municipais de lidarem com as novas políticas na área de saúde que propõem a mudança do modelo assistencial curativista, para um modelo de assistência organizado em redes de assistência, onde as UBS representam a porta de entrada de todos os cidadãos dando acesso à população aos demais níveis de assistência de acordo com as necessidades de cada indivíduo;
- Unidades com instalações físicas inadequadas;
- Equipamentos em más condições de uso e conservação;
- O número insuficiente de estabelecimentos de saúde bucal especializada (Centros de Especialidades Odontológicas) para suprir a demanda da população goiana;
- A falta de monitoramento e avaliação em saúde bucal de forma institucionalizada.

Para apoiar a inserção das Equipes de Saúde Bucal na rede de serviços, o Estado possui 35 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e 68 Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

Nos CEOs são realizados os procedimentos especializados de média complexidade, tais como: diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca, periodontia especializada, endodontia, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros e atendimento a pessoa com deficiência. Também pode oferecer atendimento em prótese,

odontopediatria, ortodontia, etc e nos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária são confeccionadas as próteses bucais.

Dentro da oferta de serviços de saúde na Assistência Hospitalar, destacamos o serviço de atendimento a pessoa com deficiência que necessitam de atendimento odontológico em ambiente hospitalar sob anestesia geral ou sedação. No Estado de Goiás por doação do Ministério da Saúde Goiânia, Jataí e Porangatu possuem esse atendimento pelo SUS.

Dentro da Assistência Hospitalar, no Hospital Geral de Goiânia (HGG), no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) e no Hospital Materno Infantil (HMI) são realizados outros procedimentos cirúrgicos complexos, como traumatologia, cirurgias bucomaxilofacial e cirurgias para correção de anomalias faciais. O atendimento à traumatologia bucal e alguns procedimentos em cirurgia bucomaxilofacial precisam ser descentralizados, pois, atualmente, este serviço só é ofertado no Município de Goiânia.

### 1.3.6 Média e Alta Complexidade

Os Serviços de Média e Alta Complexidade são caracterizados por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Existe uma concentração de serviços de Média e Alta Complexidade em poucos municípios, especialmente em Goiânia, levando a população, muitas vezes, a recorrer à capital para atender as suas necessidades na área de saúde, necessitando, portanto, da definição e a pactuação de redes de atenção integradas para as diferentes regiões do Estado. Ainda hoje existem lacunas assistenciais dos serviços de média e alta complexidade em algumas Macrorregiões que encontram dificuldade em garantir o acesso dos usuários a esses serviços, como na Macrorregião Nordeste.

Têm sido intensificadas as ações no sentido de melhor estruturar as Redes de Atenção à Saúde, visando garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada. Para tanto, tem-se buscado aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade selecionados para população residente, e ainda, aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média e alta complexidade na população residente.

A Coordenação de Média e Alta Complexidade da Gerência de Atenção à Saúde – SPAIS desenvolve ações por meio de assessoria aos municípios com supervisões e visitas técnicas promovendo uma melhor integração entre os serviços e entre as Redes de Atenção, e também proporcionando cursos de capacitação aos profissionais de saúde, buscando a garantia dos princípios da universalidade e integralidade da assistência aos usuários do SUS.

No ano de 2015, foram realizadas: 02 Capacitações em Manejo Clínico de Dengue, 02 Capacitações em Manejo Clínico da Febre do Chikungunya e 01 Capacitação sobre Zika Vírus, totalizando 210 profissionais médicos capacitados, dentre

outros profissionais da área da saúde. Foi elaborado e aprovado o Plano de Atenção Oncológica Estadual, assim como capacitação dos 246 municípios no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)- módulo tratamento.

### **1.3.6.1 Equipamentos Médicos**

Nos últimos anos, a SES investiu em equipamentos médicos para a rede na assistência em UTIs, Centros Cirúrgicos e Emergência. Do total previsto para substituição do parque de equipamentos, 20% foi cumprido.

Em 2014-2015 foram investidos aproximadamente 55 milhões de reais para a estruturação do Hospital de Urgências Otávio Lage – HUGOL, na região noroeste da capital. Entretanto, o mesmo vem atuando com apenas 50% da sua capacidade física instalada, de acordo com cronograma e recursos disponíveis.

A área de engenharia clínica responsável pela incorporação tecnológica de equipamentos médicos vem implantando novas metodologias de gestão de equipamentos, como supervisão e monitoramento, auditorias semestrais de equipamentos, implantação de engenharia clínica nos hospitais da rede estadual, mesmo naquelas sob gestão de OSS, e acompanhamento on-line dos softwares de gestão em cada OSS, dentro do Conecta – SUS.

### **1.3.6.2 Programação Pactuada Integrada e Sistemas de Produção da Média e Alta Complexidade**

A responsabilidade estadual em cooperar com os municípios na atualização de Sistemas de Média e Alta Complexidade do DATASUS para comprovação de procedimentos realizados e recebimento, contemplou-se os 246 municípios do Estado nos últimos 04 anos com os sistemas: SIA, SIH, FPO, DEPARA, BPA, VERSIA, CIHA, RAAS, SIHD, SCNES.

Entretanto, observa-se que o apoio contínuo que a SES-GO tem dado aos municípios não tem resultado em fortalecimento dos mesmos, devido às mudanças constantes dos técnicos municipais já capacitados e, principalmente, porque os mesmos, na maioria das vezes não pertencerem aos quadros das secretarias municipais e logo após a qualificação acabam se desvinculando do município sem nenhum compromisso de implantar os serviços para os quais foram capacitados.

### **1.3.7 Redes de Atenção à Saúde**

A portaria SAS/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, traz diretrizes para estruturação da rede de atenção à saúde (RAS), com estratégias de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, assim como aperfeiçoar o funcionamento político e institucional do SUS. De acordo com o Decreto 7.508/2011 a Rede de Atenção à Saúde é definida como conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

### 1.3.7.1 Rede Cegonha

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde através da Portaria nº 1.459 de 24/06/2011, consiste numa Rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

A Rede Cegonha teve início em Goiás em junho de 2012, através da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), em consonância com o Ministério da Saúde (MS), conforme cronograma de implantação:

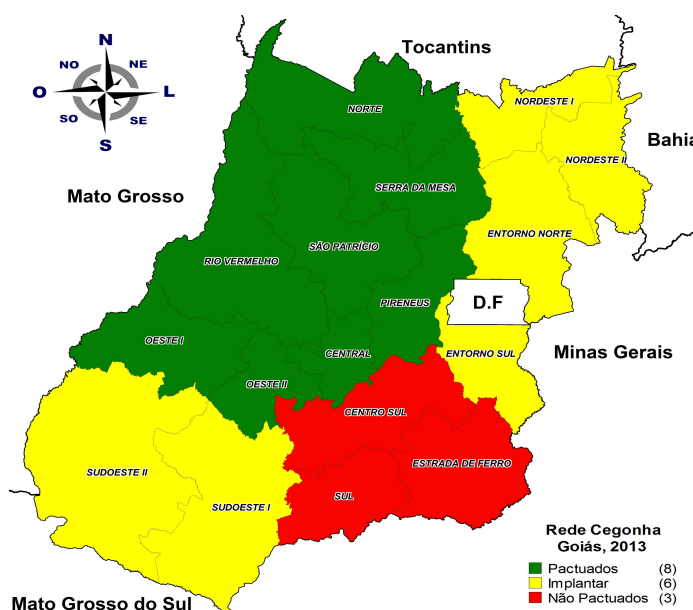
As macrorregiões Centro-Oeste e Centro Norte foram pactuadas em CIR e CIB e os Planos de Ação encaminhados e aprovados pelo Ministério da Saúde, com consequente liberação de recursos, referentes ao componente II - Parto e Nascimento para as Macrorregiões no valor de R\$ 8.479.866,88 e R\$ 905.949, 47 respectivamente:

**Quadro 04: Implantação da Rede Cegonha no Estado de Goiás.**

Macrorregião	Região	Ano
Centro-Oeste	Central, Rio Vermelho, Oeste I e Oeste II;	2012
Centro-Norte	Pireneus São Patrício, Serra da Mesa e Norte	2013
Nordeste	Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II	2014
Sudoeste	Sudoeste I e Sudoeste II.	2014
Centro Sudeste	Centro Sul, Estrada de Ferro e Sul	2015

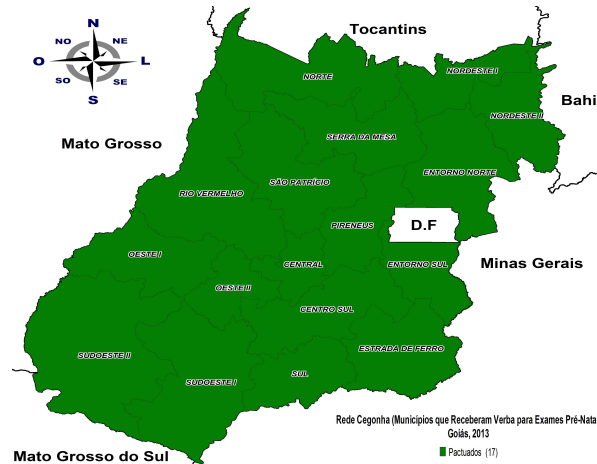
**Fonte: Gerência de Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente-SPAIS.**

**Figura 18: Rede Cegonha em Goiás.**



**Fonte: ContactaSUS.**

**Figura 19: Adesão dos municípios goianos aos componentes I (Pré-Natal) e III (Puerpério e Atenção Integral a Saúde da Criança de 0 a 24 meses).**



Fonte: ConectaSUS.

Houve adesão de 100% dos municípios goianos aos componentes I - Pré - Natal e III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança de 0 a 24 meses, com recebimento de recursos para os novos exames de pré – natal e teste rápido de gravidez, nas competências 2013 e 2014.

Principais entraves identificados:

- Baixa qualidade do pré-natal e inadequada assistência no parto;
- Dificuldade na qualificação de recursos humanos da saúde na assistência à gestante e a mulher na atenção básica, além da alta rotatividade de profissionais nos municípios;
- Classificação de Risco no Pré Natal deficiente;
- Não cumprimento do calendário básico de consultas das gestantes nas Unidades Básicas de Saúde;
- Deficiente alimentação do banco de dados do SISPRENATAL WEB pelos municípios;
- Falta de ginecologistas/obstetras e enfermeiras obstetras na rede SUS;
- Dificuldades no transporte da gestante para municípios de referência de alto risco;
- Centralização de leitos de alto risco em Goiânia e Anápolis;
- Dificuldades de articulação da Rede Cegonha em todos os componentes:
- I – Pré - Natal, Componente; II – Parto e Nascimento, Componente; III – Puerpério e Atenção Integral à criança de 0 a 24 meses e Componente; IV – Sistema Logístico: Transporte e Regulação;
- Dificuldades de articulação da Rede de Oncologia, onde esta a atenção ao Câncer de Colo de Útero e de Mama;
- Dificuldades de articulação da Rede de Atenção à Mulher, Criança e do Adolescente em Situação de Violência;

- Conhecimento limitado por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito ao Câncer do Colo do Útero e de Mama;
- Desconhecimento da importância dos exames de prevenção do Câncer de Colo de Útero e da Mamografia por parte das Mulheres;
- Desabastecimento das UBS de Kits coleta tríplice e outros insumos para realização da coleta do exame para detecção do câncer de colo de útero;
- Má distribuição geográfica dos Mamógrafos no Estado.

A necessidade de serviços e leitos por Macrorregião, para a completa implantação da Rede Cegonha no Estado, está demonstrada nos Quadros a seguir:

**Quadro 5: Plano de Ação Regional – Necessidade de Leitos e Serviços a serem implantados para a Rede Cegonha na Macrorregião Centro-Oeste.**

A referência é Goiânia para os componentes de alto risco implantados (leitos GAR, UTIA, UTINEO, UCI Co e Ca).

<b>MACRORREGIÃO CENTRO OESTE – RESOLUÇÃO CIB 206 – 14-03-2013</b>											
Região	Município Sede	Estabelecimento	Leitos ALCON	CPN	CGBP	Leitos GAR	UTI Adulto	UTI NEO	UCI Co	UCI Ca	BLH
CENTRAL	Goiânia	H. Coração de Jesus	19	-	-	-	-	-	-	-	-
		H. Criança	-	-	-	-	-	12	-	-	-
		H. das Clínicas	24	-	-	-	-	-	-	-	-
		H. Mat. Santa Bárbara	-	-	-	-	-	07	-	-	-
		H. E Mat. Vila Nova	08	-	-	-	-	-	-	-	-
		H. Infantil de Campinas	-	-	-	-	-	08	-	-	-
		H. Materno Infantil	33	-	-	-	-	-	-	-	-
		H. Goiânia Leste	05	-	-	-	-	-	-	-	-
		H. Monte Sinai	05	-	-	-	-	-	-	-	-
		H. Mat. São Judas Tadeu	11	-	-	-	-	10	-	-	-
		Instituto Goiano Pediatria	-	-	-	-	-	06	-	-	-
Mater. Dona Iris	51	-	-	-	-	-	-	-	-		
<b>Total de necessidade para a região Central</b>			<b>167</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>49</b>	<b>13</b>	<b>37</b>	<b>55</b>	<b>18</b>	<b>01</b>
Região	Município Sede	Estabelecimento	Leitos ALCON	CPN	CGBP	Leitos GAR	UTI Adulto	UTI NEO	UCI Co	UCI Ca	BLH
OESTE II	Firminópolis	H. Santa Gema	02	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sanclerlândia	H. Mun. São Vicente de Paula	02	-	-	-	-	-	-	-	-
	São Luiz de Montes Belos	H. Mun. Dr. Geraldo Landon	06	01	-	-	-	-	-	-	-
	Turvânia	H. Mat. Mun. Enf. Maria Helena Santos	01	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total de necessidade para a região Oeste II</b>			<b>11</b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>04</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Região	Município Sede	Estabelecimento	Leitos ALCON	CPN	CGBP	Leitos GAR	UTI Adulto	UTI NEO	UCI Co	UCI Ca	BLH
RIO VERMELHO	Goiás	H. São Pedro D' Alcântara	10	01	-	-	-	-	-	-	-
	Itaberaí	H. Municipal De Itaberaí	06	-	-	-	-	-	-	-	-
	Itapuranga	H. Mun. Itapuranga	05	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total de necessidade para a região Rio Vermelho</b>			<b>21</b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>08</b>	<b>02</b>	<b>04</b>	<b>07</b>	<b>02</b>	<b>-</b>
Região	Município Sede	Estabelecimento	Leitos ALCON	CPN	CGBP	Leitos GAR	UTI Adulto	UTI NEO	UCI Co	UCI Ca	BLH
OESTE I	Aragarças	H. Mun. Getúlio Vargas	05	-	-	-	-	-	-	-	-
	Iporá	H. Mun. De Iporá	07	01	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total de necessidade para a região Oeste I</b>			<b>12</b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>05</b>	<b>01</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>01</b>	<b>-</b>

Fonte: Plano de Ação Regional – PAR Rede Cegonha/ 2013.

**Quadro 6: Plano de Ação Regional – Necessidade de Leitos e Serviços implantados e a serem implantados para a Rede Cegonha na Macrorregião Centro Norte.**

A referência é Anápolis para os componentes de alto risco implantados (leitos GAR, UTIA, UTINEO, UCI Co e Ca)

<b>MACRORREGIÃO CENTRO NORTE – RESOLUÇÃO CIB 307 – 21-06-2012</b>											
Região	Município Sede	Estabelecimento	Leitos ALCON	CPN	CGBP	Leitos GAR	UTI Adulto	UTI NEO	UCI Co	UCI Ca	BLH
NORTE	Porangatu	H. Mun. Porangatu	08	01	-	-	-	-	-	-	-
	Minaçu	H. Mun. Dr. Eduardo Barbosa Machado	04	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mundo Novo	H. Mun. de Mundo	03	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total de necessidade para a região Norte</b>			<b>15</b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>05</b>	<b>01</b>	<b>03</b>	<b>05</b>	<b>02</b>	<b>-</b>
SERRA DA MESA	Campinorte	H. Mun. de Campinorte	03	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mara rosa	H. Mun. Jose Inocêncio	03	-	-	-	-	-	-	-	-
	Niquelandia	H. Mun. Santa Efigenia	03	-	-	-	-	-	-	-	-
	Uruaçu	H. Santana De Uruaçu	05	01	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total de necessidade para a região Serra da Mesa</b>			<b>14</b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>04</b>	<b>01</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>02</b>	<b>-</b>
PIRENEUS	Alexânia	H. Mun. de Alexania	05	-	-	-	-	-	-	-	-
	Anápolis	Mat. Dr. Adalberto Pereira	15	01	-	-	-	-	-	-	-
		Santa Casa de Misericórdia	20	-	01	31	07	24	34	10	01
	Padre Bernardo	H. Mun. de Padre Bernardo	05	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pirenópolis	H. Estadual Ernestina Lopes Jaime	05	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total de necessidade para a região Pireneus</b>			<b>50</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>31</b>	<b>07</b>	<b>24</b>	<b>34</b>	<b>10</b>	<b>01</b>
SÃO PATRÍCIO	Ceres	H. São Pio X	13	01	-	-	-	-	-	-	-
	Goianésia	H. Mun. Irma Fany Duran	08	-	-	-	-	-	-	-	-
	Itapaci	H. Mun. J P Silveira	07	-	-	-	-	-	-	-	-
	Jaraguá	H. Mat. de Jaraguá	07	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total de necessidade para a região São Patrício</b>			<b>35</b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>05</b>	<b>01</b>	<b>03</b>	<b>05</b>	<b>02</b>	<b>-</b>

Fonte: Plano de Ação Regional – PAR Rede Cegonha/ 2012.

**Quadro 7: Plano de Ação Regional – Necessidade de Leitos e Serviços a serem implantados para a Rede Cegonha na Macrorregião Nordeste.**

\*O município de referência será Brasília até implantar esses componentes na região

\*\* O município de referência será Goiânia até implantar esses componentes na região

<b>MACRORREGIÃO NORDESTE – RESOLUÇÃO CIB 123 – 16-04-2014</b>											
Região	Município Sede	Estabelecimento	Leitos ALCON	CPN	CGBP	Leitos GAR	UTI Adulto	UTI NEO	UCI Co	UCI Ca	BLH
ENTORNO NORTE*	Formosa	H São Camilo	21	-	-	-	-	-	-	-	-
	Planaltina	H. Mun. Materno Infantil Santa Rita de Cássia	10	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total de necessidade para a região Entorno Norte</b>			<b>31</b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>03</b>	<b>09</b>	<b>14</b>	<b>05</b>	<b>-</b>
ENTORNO SUL*	Águas Lindas de Goiás	H. Mun. Bom Jesus	16	-	-	-	-	-	-	-	-
	Cidade Ocidental	H. Mun. de Cidade Ocidental	07	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total de necessidade para a região Entorno Sul</b>			<b>23</b>	<b>-</b>	<b>01</b>	<b>28</b>	<b>07</b>	<b>21</b>	<b>32</b>	<b>11</b>	<b>-</b>
NORDESTE I**	Campos Belos	H. Mun. Campos Belos	07	00	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total de necessidade para a região Nordeste I</b>			<b>07</b>	<b>00</b>	<b>-</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>-</b>
NORDESTE II**	Posse	H. Mun. Dr. Arquimedes Vieira De Brito	13	01	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total de necessidade para a região Nordeste II</b>			<b>13</b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>04</b>	<b>02</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>02</b>	<b>-</b>

Fonte: Plano de Ação Regional – PAR Rede Cegonha/ 2014.



**Quadro 8: Necessidade de Leitos e Serviços a serem implantados para a Rede Cegonha na Macrorregião Sudoeste.**

O município de referência será Goiânia até implantar esses componentes na região

<b>MACRORREGIÃO SUDOESTE – RESOLUÇÃO CIB 123 – 16-04-2014</b>											
Região	Município Sede	Estabelecimento	Leitos ALCON	CPN	CGBP	Leitos GAR	UTI Adulto	UTI NEO	UCI Co	UCI Ca	BLH
<b>SUDOESTE I</b>	Quirinópolis	H. Mun. Antonio Martins da Costa	03	-	-	-	-	-	-	-	-
	Rio Verde	Maternidade Augusta Gomes Bastos	23	01	-	-	-	-	-	-	-
	Santa Helena de Goiás	H. Mun. Santa Helena	09	-	-	-	-	-	-	-	-
	São Simão	H. Mun. São Simão	03	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total de necessidade para a região Sudoeste I</b>			<b>38</b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>03</b>	<b>09</b>	<b>14</b>	<b>05</b>	<b>-</b>
<b>SUDOESTE II</b>	Jataí	Centro Médico Serafim Carvalho	09	01	-	-	-	-	-	-	-
	Mineiros		13	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total da necessidade para a região Sudoeste II</b>			<b>22</b>	<b>01</b>	<b>-</b>	<b>06</b>	<b>02</b>	<b>05</b>	<b>07</b>	<b>02</b>	<b>-</b>

Fonte: Plano de Ação Regional – PAR Rede Cegonha/ 2014.

**LEGENDA:**

- ALCON – Alojamento Conjunto
- CPN – Centro de Parto Normal
- CGBP – Casa da Gestante Bebê e Puérpera
- GAR – Gravidez de Alto Risco
- Neo – Neonatal
- UCI – Unidade de Cuidados Intermediários
- UCI Co – Unidade de Cuidados Intermediários Convencional
- UCI Ca – Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
- BLH – Banco de Leite Humano

**1.3.7.2 Rede de Urgências e Emergências – RUE no Estado de Goiás**

Considerando a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências, garantindo acolhimento, primeiro atendimento qualificado e referência adequada dos pacientes graves a serviços adequados, nos anos de 2012 e 2013, foram elaborados nos Colegiados Intergestores Regionais (CIR) seis planos de ação macrorregionais para a implantação da rede de atenção às urgências em todo Estado. Um plano para cada macrorregião e um para a Região Metropolitana formada pelas regiões Central e Centro Sul. Desses seis planos elaborados somente dois já foram homologados pelo MS e já contam com financiamento para implantação, o da Região Metropolitana (Portaria GM/MS nº 3098/2012) e o da Macrorregião Centro Norte (Portaria GM/MS nº 1808/2014). Os planos das Macrorregiões Centro Oeste; Centro Sudeste; Nordeste e Sudoeste aguardam análise e homologação.

Os componentes SAMU 192 e UPA 24 Horas não dependem da homologação dos planos para destinação de recursos de implantação, dependem somente da apresentação de projetos e sua aprovação.

Nas planilhas abaixo estão detalhadas as metas previstas nos Planos de Ação e o que foi executado até julho 2015, componente da RUE e macrorregião.

O Componente pré-hospitalar dos Planos de Ação Regional é constituído pelos Componentes Móvel - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU 192 e Fixo - Unidades de Pronto Atendimento 24h / UPA 24h.

O SAMU 192 está organizado em 12 Centrais de Regulação e respectivas Bases Descentralizadas que cobrem a totalidade do território do Estado de Goiás. As Centrais e as Bases são a sede dos profissionais envolvidos no atendimento às urgências e das respectivas viaturas tripuladas, as quais podem ser Unidade de Suporte Básico (USB), Unidade de Suporte Avançado (USA), veículo de intervenção rápida (VIR), Motolância e Aeromédico. No quadro a seguir encontram-se o quantitativo de viaturas do SAMU 192 existentes antes da elaboração dos Planos, e as metas executadas a partir de 2012.

**Tabela 24: Metas Previstas e Metas Executadas SAMU 2012.**

<b>METAS PREVISTAS E METAS EXECUTADAS SAMU 192</b>				
<b>EXISTENTES</b>			<b>META PREVISTA PARA EXPANSÃO DE FROTA NO PAR (2012-2014)</b>	<b>META EXECUTADA ATÉ 2015</b>
<b>USA</b>	<b>USB</b>	<b>MOTO</b>		
Região Metropolitana				
<b>8</b>	36	14	2 USB, 1 USA, 2 VIR, 1 Equipe Aero Médico	0
Macrorregião Centro Oeste				
<b>3</b>	18	0	10 USB 3 USA	0
Macrorregião Centro Sudeste				
<b>2</b>		2	8 USB, 3 USA, hab. de 2 Motos	3 USB
Macrorregião Centro Norte				
<b>7</b>	22	3	14 USB, 4 USA, 1 VIR	3 USA
Macrorregião Nordeste				
<b>4</b>	19	2	15 USB, 4 USA	4 USB, 2 USA
Macrorregião Sudoeste				
<b>4</b>	11	0	7 USB, 3 USA	0
<b>28</b>	<b>112</b>	<b>21</b>	<b>56 USB, 18 USA, 3 VIR, 2 Motos e 1 Equipe Aeromédico</b>	<b>7 USB, 5 USA</b>

Fonte: SCAGES-SES/GO.

As UPA 24h são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e a Rede Hospitalar e destinados a prestar atendimento aos pacientes acometidos por quadros agudos de natureza clínica, e aos casos cirúrgicos e de trauma, estabilizando os pacientes, realizando a investigação diagnóstica inicial e definindo a necessidade de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. O quadro a seguir detalha a localização.

**Quadro 9: Localização UPA - Unidades de Pronto Atendimento.**

MACRORREGIÃO	REGIÃO	MUNICÍPIO SES UPA	META PREVISTA NO PAR	META EXECUTADA	
REGIÃO METROPOLITANA	CENTRAL	Goiânia	1 UPA III	OK	
			1 UPA Jd. Itaipu	OK	
			5 UPA I ampliadas		
	CENTRO SUL	Aparecida de Goiânia	Pontalina	UPA I	
				UPA II	
				UPA III	OK
		S. Canedo	S. Canedo	UPA III	OK
				UPA III	
	CENTRO OESTE	RIO VERMELHO	Goiás	UPA I	
OESTE I		Iporá	UPA I		
OESTE II		S. L. Montes Belos	UPA I		
CENTRO SUDESTE	ESTRADA DE FERRO	Catalão	UPA I		
		Caldas Novas	UPA I		
		Caldas Novas	UPA II	OK	
	SUL	Itumbiara	UPA I		
CENTRO NORTE	NORTE	Porangatu	UPA I		
	SERRA DA MESA	Niquelândia	UPA I		
		Uruaçu	UPA I		
	PIRINEUS	Anápolis	UPA III	OK	
		Pirenópolis	UPA I		
	SÃO PATRÍCIO I	Ceres	UPA II	OK	
SÃO PATRÍCIO II	Goianésia	UPA I			
NORDESTE	ENTORNO NORTE	Formosa	UPA I	OK	
		Planaltina	UPA I		
	NORDESTE I	Campos Belos	UPA I		
	NORDESTE II	Posse	UPA I		
	ENTORNO SUL	Luziânia	Luziânia	UPA I Jardim Ingá	
				UPA II	
		Cidade Ocidental	UPA I		
		Cristalina	UPA I		
		Santo A. do Descoberto	UPA I		
		Águas Lindas	UPA II		
Valparaíso	UPA II	OK			
SUDOESTE	SUDOESTE I	Rio Verde	UPA I		
			UPA I	OK	
		Santa Helena	UPA I		
	SUDOESTE II	Quirinópolis	UPA I		
		Mineiros	UPA I		
TOTAL		Jataí	UPA I		
			45	11	

Fonte: SCAGES-SES/GO.

A organização do componente hospitalar da RUE se deu por meio da ampliação/expansão e qualificação dos Hospitais Porta de Entrada de Urgências, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de cuidados prolongados, dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com critérios estabelecidos na Portaria GM/MS nº 2.395 de 11 de outubro de 2011. Os recursos financeiros de investimento e de custeio dependem da homologação dos Planos de Ação o que tem retardado a implantação da RUE no Estado.

Da meta prevista de implantação de 23 Portas de Entrada Hospitalar da RUE, foram implantadas 08 nas regiões, Metropolitana e Centro Norte, o que corresponde à execução de 35 % da meta prevista. O restante da meta depende de homologação dos planos de ação.

**Tabela 25: Implantação de Portas de Entrada Hospitalares da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Goiás – Metas Previstas e Executadas (2012-2015).**

<b>Implantação de Portas de Entrada Hospitalares da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Goiás Metas Previstas e Executadas (2012-2015)</b>			
<b>Macrorregião</b>	<b>Meta Prevista</b>	<b>Meta Executada</b>	<b>%</b>
Metropolitana	04	04	100%
Centro Norte	04	04	100%
Centro Oeste	04	00	0%
Centro Sudeste	02	00	0%
Sudoeste	03	00	0%
Nordeste	06	00	0%
<b>Total Estado</b>	<b>23</b>	<b>08</b>	<b>35%</b>

Fonte: SCAGES-SES/GO.

A meta de implantação de novos de leitos de retaguarda clínica calculada conforme parâmetros de necessidade definidos para RUE sofreu a influência negativa dos muitos leitos clínicos, cadastrados no CNES, nos pequenos hospitais, presentes na grande maioria dos municípios. A qualificação de leitos clínicos já existentes, calculada, proporcionalmente, ao número de novos leitos implantados ficou então muito reduzida.

No período de 2012 a 2015, foram executados 21% da meta de expansão de 320 novos leitos. Foram qualificados 193 leitos clínicos de retaguarda, para RUE, alcançando apenas 31% da meta de qualificação.

**Tabela 26: Leitos de Retaguarda Clínica da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Goiás - Metas Previstas e Executadas (2012-2014).**

<b>Leitos de Retaguarda Clínica da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Goiás</b>						
<b>Metas Previstas e Executadas (2012-2014)</b>						
<b>Macrorregião</b>	<b>Expansão</b>			<b>Qualificação</b>		
	<b>Meta Prevista</b>	<b>Meta Executada</b>	<b>%</b>	<b>Meta Prevista</b>	<b>Meta Executada</b>	<b>%</b>
Metropolitana	161	68	42%	108	59	55%
Centro Norte	0	0	-	0	0	-
Centro Oeste	0	0	-	0	0	-
Centro Sudeste	0	0	-	0	0	-
Sudoeste	33	0	0%	17	0	0%
Nordeste	126	0	0%	68	0	0%
<b>Total Estado</b>	<b>320</b>	<b>68</b>	<b>21%</b>	<b>193</b>	<b>59</b>	<b>31%</b>

Fonte: SCAGES-SES/GO.

A organização de leitos de retaguarda de terapia intensiva (UTI), componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências (Portaria GM/MS nº 2.395/2011), para os pacientes graves atendidos em qualquer serviço da rede assistencial se deu nos Planos de Ação (PAR) para a implantação da Rede de Urgência, por meio da ampliação de novos leitos e pela qualificação de 70% dos leitos já existentes e credenciados ao SUS.

Para o cálculo de necessidade de novos leitos de UTI foram observados os parâmetros estabelecidos pelo MS para a rede de urgência: 8% da necessidade de leitos gerais considerando a população dependente SUS (75.5% da população total), e a necessidade de 03 leitos gerais para cada 1.000 habitantes.

Os novos leitos implantados e os já existentes, qualificados na RUE, passam a receber incentivo financeiro de custeio com a diária do leito elevada a um valor de R\$ 800,00 (oitocentos reais), complementadas até o valor final de R\$ 1.100,00 (um mil e cem reais) com co-financiamento do Estado. Esses recursos são repassados aos Fundos de Saúde gestores dos serviços.

No período 2012/2013, à época da elaboração do PAR, existiam 396 leitos de UTI SUS, adulto e pediátrico no Estado, a maioria absoluta, 76% na Região Central, no município de Goiânia. As macrorregiões Centro Oeste (Rio Vermelho, Oeste I e Oeste II) e Nordeste (Entorno Sul, Entorno Norte, Nordeste I e Nordeste II) não tinham nenhum leito de UTI habilitados pelo MS.

Considerando os parâmetros estabelecidos pelo MS, havia a época necessidade de 705 novos leitos de UTI. Com o planejamento regionalizado, durante a elaboração dos Planos regionais, foi consensuado a implantação de 354 novos leitos, persistindo, portanto, um déficit de 351 leitos de UTI para o Estado, ou seja, persistem 50% da necessidade estimada.

Da meta prevista de expansão de novos leitos, 16% já foram implantados e 64% da meta de qualificação dos leitos existentes já foram executadas. O restante da meta

depende da implantação de novos leitos, credenciamento e da homologação dos planos de ação.

**Tabela 27: Leitos de Terapia Intensiva da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Goiás - Metas Previstas e Executadas (2012-2014)**

Macrorregião	Leitos de UTI SUS Existentes (2012)		Qualificação					Expansão				
	Adulto	Ped.	Meta prevista		Meta Executada			Meta prevista		Meta Executada		
			Adulto	Ped.	Adulto	Ped.	%	Adulto	Ped.	Adulto	Ped.	%
Metropolitana	250	50	164	34	123	23	74%	101	0	15	0	15%
Centro Norte	41	9	33	10	33	0	77%	71	13	0	10	12%
Centro Oeste	0	0	0	0	0	0	-	40	0	10	0	25%
Centro Sudeste	22	0	18	0	0	0	0%	55	0	0	0	0%
Sudoeste	24	0	20	0	0	0	0%	44	20	10	10	31%
Nordeste	0	0	0	0	0	0	-	10	0	0	0	0%
<b>Total Estado</b>	<b>337</b>	<b>59</b>	<b>235</b>	<b>44</b>	<b>156</b>	<b>23</b>	<b>64%</b>	<b>321</b>	<b>33</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>16%</b>

Fonte: SCAGES-SES/GO.

Em julho de 2015, o Hospital de Urgência Governador Otavio Lage de Siqueira foi inserido na RUE com o custeio mensal de 133 leitos de Retaguarda Clínica e 30 leitos de Terapia Intensiva, 20 adulto e 10 pediátricos. (Portaria GM/MS nº 924 de 06 de julho de 2015).

Pontos críticos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

- Quatro (04) Planos de Ação Regional encontram-se no Ministério e aguardando aprovação, publicação e recursos financeiros. São os das Macrorregiões Centro-Oeste, Sudoeste, Centro-Sudeste e Nordeste;
- Irregularidade dos repasses das contrapartidas estaduais para os componentes pré-hospitalares e hospitalares;
- Oferta insuficiente de prestadores e serviços às Linhas de Cuidado do Trauma, do AVE (Acidente Vascular Encefálico) e do IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), que demandam serviços habilitados em alta complexidade hospitalar;
- Financiamento insuficiente de componentes da Rede, como Central de Regulação e Unidades de Suporte Avançado do SAMU, e as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência;
- Suspensão da análise dos pleitos das Salas de Estabilização;
- Gestores municipais apresentam dificuldades para elaboração de projetos, licitar e monitorar obras;
- Dificuldades de contratação e manutenção de recursos humanos no interior, principalmente profissional médico.
- Falta de recursos orçamentários para aquisição de equipamentos médico-hospitalares e mobiliário para as UPA com projeto aprovado antes de 2013;
- Hospitais antigos com baixa incorporação tecnológica e recursos humanos com pouca capacitação para dar resposta aos quadros agudos mais complexos.

### 1.3.7.3 Rede de Atenção Psicossocial

Pela Portaria nº 796, de 17/06/2015, os Planos de Ação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Goiás foram aprovados pelo Ministério da Saúde, com o repasse dos recursos financeiros referentes ao incentivo de implantação.

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial, a partir de quando foi iniciado em Goiás o processo de conformação e pactuação da Rede, aprovada pelas Resoluções CIB nº 204/2014 e nº 286/2014, conforme quadros abaixo:

**Quadro 10: Rede para Atendimento de Transtorno Psicossocial e Problemas Decorrentes do Uso de Drogas – Macrorregião Sudoeste**

REDE PARA ATENDIMENTO DE TRANSTORNO PSICOSSOCIAL E PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DE DROGAS RESOLUÇÃO CIB: Nº 286/2014-CIB						
COMPONENTES	MACRORREGIÃO SUDOESTE				Total MACRORRE GIÃO	
	Região Sudoeste I		Região Sudoeste II			
	Municípios	Qtd	Municípios	Qtd		
Leitos em Hospital Geral	Quirinópolis	4	Jataí	6	25	
	Rio Verde	9	Mineiros	4		
	HURSO	5				
CAPS I	Existente	Quirinópolis	1	Mineiros	1	2
	A Implantar	Acreuna (1)	1	Caiapônia	1	7
		Caçu	1	Serranópolis	1	
		Maurilândia	1			
		Santa Helena	1			
CAPS II	Existente	Rio Verde	1	Jataí	1	2
	A Implantar			Mineiros	1	1
CAPS III	A Implantar	Rio Verde	1			1
CAPS AD	Existente	Rio Verde	1			1
	A Implantar	Quirinópolis	1	Mineiros	1	3
Santa Helena de Goiás.		1				
CAPS AD III	A Implantar	Rio Verde	1	Jataí	1	2
CAPS i	A Implantar	Rio Verde	1			1
SRT	Existente			Jataí	3	3
	A Implantar	Caçu	1			4
		Quirinópolis	1			
		Rio Verde	2			
UAA	A Implantar	Rio Verde	1	Jataí	1	2
UA i	A Implantar	Rio Verde(1)	1	Jataí (1)	1	2

Fonte: Resolução CIB nº 286/2014.

**Quadro 11: Rede para Atendimento de Transtorno Psicossocial e Problemas Decorrentes do Uso de Drogas – Macrorregião Centro-Norte**

PLANILHA II										
REDE PARA ATENDIMENTO DE TRANSTORNO PSICOSSOCIAL E PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DE DROGAS										
RESOLUÇÃO CIB: Nº240/2014-CIB										
COMPONENTES	MACRORREGIÃO CENTRO-NORTE								Total MACRORREGIÃO	
	Região Norte		Região Serra da Mesa		Região São Patrício		Região Pireneus			
	Municípios	Qtd	Municípios	Qtd	Municípios	Qtd	Municípios	Qtd		
Leitos em Hospital Geral	Porangatu	4	Niquelândia	4	Ceres	4	Alexânia	4	45	
	São Miguel do Araguaia	4			Goianésia	4	Anápolis	4		
					Itapaci	4	Anápolis	5		
							Padre Bernardo	4		
CAES I	Existente	Minaçu	1	Niquelândia	1	Rubiataba	1	Padre Bernardo	1	7
		Porangatu	1	Uruaçu	1					
		São Miguel do Araguaia	1							
	A Implantar					Ceres	1	Abadiânia	1	12
						Crixás	1	Alexânia	1	
						Itapaci	1	Campo Limpo	1	
						Jaraguá	1	Cocalzinho de Goiás	1	
						Rialma	1	Goianápolis	1	
	CAES II	Existente						Anápolis	1	1
		A Implantar				Goianésia	1			1
CAES AD	Existente						Anápolis	1	1	
	A Implantar		Uruaçu	1	Goianésia	1			2	
CAES i	Existente						Anápolis	1	1	
SRT	A Implantar				Ceres	1	Alexânia	1	10	
					Rubiataba	1	Anápolis	7		
UAA	A Implantar	Porangatu	1	Uruaçu	1	Goianésia	1	Anápolis	2	7
							Padre Bernardo	1		
							Firenópolis	1		
UAI	A Implantar						Alexânia	1	2	
							Anápolis	1		

Fonte: Resolução CIB nº 286/2014.



**Quadro 12: Rede para Atendimento de Transtorno Psicossocial e Problemas Decorrentes do Uso de Drogas – Macrorregião Nordeste**

PLANILHA III										
REDE PARA ATENDIMENTO DE TRANSTORNO PSICOSSOCIAL E PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DE DROGAS										
RESOLUÇÃO CIB Nº 286/2014-CIB										
COMPONENTES	MACRORREGIÃO NORDESTE								Total MACRORRE GIÃO	
	Região EntornoSul		Região Entorno Norte		Região Nordeste I		Região Nordeste II			
	Municípios	Qtde	Municípios	Qtde	Municípios	Qtde	Municípios	Qtde		
Leitos em Hospital Geral	Águas Lindas de Goiás	8	Formosa	8	Campos Belos	4	Posse	4	56	
	Cidade Ocidental	4								
	Cristalina	5								
	Luziânia	11	Planaltina	4						
	Santo Antônio do Descoberto	4								
	Valparaíso de Goiás	4								
CAPS I	Existente	Cristalina	1						1	
	A Implantar			São João D'Aliação	1			Posse	1	6
						Campos Belos	1	Alvorada do Norte	1	
						Cavalcante	1	Iaciara	1	
CAPS II	Existente	Águas Lindas de Goiás	1	Formosa	1					5
		Luziânia	1	Planaltina	1					
		Valparaíso de Goiás	1							
	A Implantar	Cidade Ocidental	1							3
		Novo Gama	1							
		Santo Antônio do Descoberto	1							
CAPS III	A Implantar	Águas lindas	1	Formosa	1					5
		Luziânia	1	Planaltina	1					
		Valparaíso de Goiás	1							
CAPS AD	A Implantar	Cristalina	1	Planaltina	1					5
		Novo Gama	1							
		Santo Antônio do Descoberto	1							
		Valparaíso de Goiás	1							
CAPS AD III	A Implantar	Águas Lindas de Goiás	1	Formosa	1					3
		Luziânia	1							
CAPS i	A Implantar	Águas Lindas de Goiás	1	Formosa	1					4
		Luziânia	1							
		Valparaíso de Goiás	1							
SRT	A Implantar	Luziânia	1							1
UAA	A Implantar	Águas lindas	1	Planaltina	1					4
		Luziânia	1							
		Novo Gama	1							
U Ai	A Implantar	Águas lindas	1	Formosa	1					3
		Luziânia	1							

Fonte: Resolução CIB nº 286/2014.

**Quadro 13: Rede para Atendimento de Transtorno Psicossocial e Problemas Decorrentes do Uso de Drogas – Macrorregião Centro- Oeste**

PLANILHA IV											
REDE PARA ATENDIMENTO DE TRANSTORNO PSICOSSOCIAL E PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DE DROGAS											
RESOLUÇÃO CIB: Nº240/2014-CIB											
COMPONENTES	MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE								Total MACRORREGIÃO		
	Região Rio Vermelho		Região Oeste I		Região Oeste II		Região Central				
	Municípios	Qtd	Municípios	Qtd	Municípios	Qtd	Municípios	Qtd			
Leites em Hospital Geral	Goiás	4	Iporá	4	São Luiz dos Montes Belos	5	Anicuns	4	76		
								Goiânia		8	
	Itaberaí	4					HMI	4			
								MNSL		4	
	Mozarlândia	4					HC	10			
										Santa Casa	9
										Nascer Cidadão	4
										Inhumas	2
							Nerópolis	10			
	CAPS I	Existente					Itaberaí	1		Araguarias	1
Goiás			1	Goianira	1						
				Inhumas	1						
				Nerópolis	1						
A Implantar		Aruanã	1			Palmeiras de Goiás	1	Guapó	1	12	
		Itapuranga	1			Paraúna	1	Itauçu	1		
		Jussara	1			Sanclerlândia	1	Nova Veneza	1		
		Mozarlândia	1			São Luiz dos Montes Delos	1	São Francisco de Goiás	1		
CAPS II	Existente						Trindade	1	1		
	A Implantar		Iporá	1					1		
CAPS III	Existente						Goiânia (1)	1	1		
	A Implantar						Goiânia (6)	6	6		
	Existente	0					Trindade (1)	1	1		
CAPS AD	A Implantar	Itaberaí (1)	2						2		
		Goiás(1)									
CAPS AD II	A Implantar						Goiânia	7	7		
CAPS i	Existente						Goiânia	1	1		
	A Implantar						Goiânia	1	1		
SRT-	Existente						Goiânia	5	5		
	A Implantar						Goiânia	2	2		
UAA	A Implantar	Goiás	1				Goiânia	7	8		
U Ai	Existente						Goiânia	1	1		
	A Implantar						Goiânia	1	1		

Fonte: Resolução CIB nº 286/2014.

**Quadro 14: Rede para Atendimento de Transtorno Psicossocial e Problemas Decorrentes do Uso de Drogas – Macrorregião Centro-Sudeste**

PLANILHA V								
REDE PARA ATENDIMENTO DE TRANSTORNO PSICOSSOCIAL E PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DE DROGAS RESOLUÇÃO CIB: Nº 286/2014-CIB								
COMPONENTES	MACRORREGIÃO CENTRO-SUDESTE						Total MACROR REGIÃO	
	Região Estrada de Ferro		Região Sul		Região Centro Sul			
	Municípios	Qtd	Municípios	Qtd	Municípios	Qtd		
Leitos em Hospital Geral		Caldas Novas	4	Bom Jesus de Goiás	4	Aparecida de Goiânia	8	71
		Catalão	7	Goiatuba	4	Bela Vista de Goiás	4	
		Pires do Rio	4	Itumbiara	4	Cezariana	4	
				Morrinhos	4	Hidrolândia	4	
						Indiara	4	
						Piracanjuba	4	
						Pontalina	4	
						Senador Canedo	4	
CAPS I	Existente	Catalão	1	Morrinhos	1	Bela Vista de Goiás	1	8
		Ipameri	1	Itumbiara	1	Piracanjuba	1	
		Palmelo	1			Silvânia	1	
	A Implantar					Cezarina	1	11
						Hidrolândia	1	
		Corumbaíba	1	Bom Jesus de Goiás	1	Indiara	1	
		Pires do Rio	1	Goiatuba	1	Orizona	1	
		Três Ranchos	1			Pontalina	1	
				Vianópolis	1			
CAPS II	Existente	Caldas Novas	1			Senador Canedo	1	2
	A Implantar	Catalão	1	Itumbiara	1			2
CAPS III	Existente					Aparecida de Goiânia	1	1
	A Implantar					Aparecida de Goiânia	1	1
CAPS AD	Existente	Caldas Novas(1)	1			Aparecida de Goiânia	1	3
					Senador Canedo	1		
	A Implantar			Morrinhos	1			3
CAPS AD III	Existente					Aparecida de Goiânia	1	1
	A Implantar					Aparecida de Goiânia	1	1
CAPS AD III i	Existente					Aparecida de Goiânia	1	1
	A Implantar					Aparecida de Goiânia	1	1
CAPS i	Existente					Aparecida de Goiânia	1	1
	A Implantar	Caldas Novas	1	Itumbiara	1	Piracanjuba	1	4
					Senador Canedo	1		
SRT	Existente	Palmelo	3					3
	A Implantar	Catalão	2	Itumbiara	2			5
				Morrinhos	1			
UAA	Existente					Aparecida de Goiânia	1	1
	A Implantar	Ipameri	1	Itumbiara	1	Aparecida de Goiânia	1	3
U Ai	Existente					Aparecida de Goiânia	2	2
	A Implantar	Catalão	1	Itumbiara	1	Piracanjuba	1	4
		Caldas Novas	1					

Fonte: Resolução CIB nº 286/2014.

### 1.3.7.4 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências

A partir de 2012 iniciou-se a pactuação e implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Goiás na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo sido instituído o Grupo Condutor da Rede e elaborado e aprovado o Plano de Ação da Rede no âmbito do Estado.

A tabela a seguir mostra o número de pessoas com ao menos uma deficiência na população residente no Estado de Goiás:

**Tabela 28: Demonstrativo do Número de Pessoas com Deficiência, por tipo de Deficiência, no Estado de Goiás, 2010.**

ESTADO DE GOIÁS		
POPULAÇÃO	Nº de Habitantes	(%)
Total de habitantes	6.003.788	100,00 %
Total de pessoas com deficiência	941.232	15,68%
Deficiência Visual	197.503	3,29% (*)
Deficiência Auditiva	293.948	4,90% (*)
Deficiência Motora	374.048	6,23% (*)
Deficiência Intelectual	75.733	1,26% (*)

Fonte: IBGE, 2010 (\*) % do total da população com deficiência.

A atual rede de serviços de reabilitação no Estado é a seguinte: 05 Centros Especializados em Reabilitação II (Física e Intelectual) e 01 Centro Especializado em Reabilitação IV (Física, Auditiva, Visual e Intelectual) em Goiânia; 01 CER III (Física, Auditiva e Intelectual) em Trindade e 01 CER III em Anápolis; e 01 CER II nos Municípios de Ceres, Goiás e São Luís de Montes Belos, totalizando 11 serviços especializados em reabilitação para atendimento à população de Goiás.

**Figura 20: Distribuição dos Centros Especializados em Reabilitação – CER em Goiás.**



Fonte: Subcoordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência/GEPE/SPAIS/SES-GO, 2015.

O atendimento de reabilitação de alta complexidade para toda a população do Estado é realizado na Vila São José Bento Cottolengo, localizado em Trindade, e no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, em Goiânia.

Destacam-se as regiões que possuem os CERS habilitados: **Pireneus** (tipo III) Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE; **São Patrício** (tipo II) Centro Regional de Referência em Reabilitação de Ceres; **Central** (tipo II) Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, Associação Pestalozzi de Goiânia, Centro de Orientação, Reabilitação e Assistência ao Encefalopata – CORAE, Clínica Escola Vida – PUC GOIÁS, Associação dos Deficientes Físicos do Estado de Goiás – ADFEGO, (tipo III) Vila São José Bento Cottolengo; **Oeste II** (tipo II) Centro de Reabilitação José Siqueira; **Rio Vermelho** (tipo II) Serviço de Fisioterapia São Domingos.

Destacam-se as regiões do Entorno Norte, Entorno Sul e Sudoeste II com 03 CERS tipo IV em fase de construção.

Em relação aos CEOs - Centros Especializados em Odontologia estão implantados por macrorregiões: Macrorregião Centro Norte (04), Centro Oeste (06), Nordeste (07), Centro Sudeste (05) e Sudoeste (5).

A população do Estado conta com os seguintes serviços de atendimento odontológico em ambiente hospitalar:

- Hospital Geral de Goiânia: os procedimentos odontológicos são realizados no Centro Cirúrgico, sob anestesia geral, por equipe multiprofissional, para os pacientes portadores de deficiência. No ambulatório da referida Unidade, são atendidos os pacientes que não necessitam de anestesia geral, porém demandam estrutura mais complexa e profissionais especializados. O acesso dos usuários do SUS se dá por meio do Protocolo de Regulação para o Serviço de Odontologia para Pacientes com Deficiência;
- No interior, foram instalados equipamentos para atendimento em âmbito hospitalar nos Municípios de Jataí e Porangatu, para atendimento da população dessas Regiões;
- Os Municípios de Anápolis e Itumbiara dispõem do serviço para atendimento à população de seu território.

A Oficina Ortopédica Fixa de referência para toda a população do Estado de Goiás habilitada pelo Ministério da Saúde funciona no CRER. Encontra-se em funcionamento na Vila São José Bento Cottolengo um serviço de dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), para pacientes regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

Com relação à Atenção Hospitalar Especializada a rede conta com leitos de reabilitação nas unidades do CRER (65 leitos) e Vila São José Bento Cottolengo (18 leitos).

A organização dos Serviços de Atenção às Pessoas Ostomizadas em Goiás, foi pactuado em CIB, no dia 24 de junho de 2010, através da Resolução nº 139/2010- CIB e seguiram os critérios de regionalização. A dispensação de bolsas coletoras no Estado de Goiás está detalhada no Quadro 15, considerando que ainda não foi estruturado seu

fornecimento em todas as Regiões de Saúde:

**Quadro 15: Demonstrativo da dispensação de Bolsas Coletoras para Ostomizados no Estado de Goiás, 2014.**

<b>PONTOS DE DISPENSAÇÃO NO ESTADO DE GOIÁS – OSTOMIA</b>			
<b>Macrorregião</b>	<b>Região</b>	<b>Município</b>	<b>Instituição</b>
<b>Centro-Oeste</b>	<b>Central</b>	<b>Goiânia</b>	Santa Casa de Misericórdia de Goiânia
			Hospital do Câncer Araújo Jorge
		<b>Trindade</b>	Centro de Saúde 24 Horas Setor Cristina
<b>Centro Norte</b>	<b>Pireneus</b>	<b>Anápolis</b>	Unidade de Saúde Dr. Ilion Fleury Junior
	<b>São Patrício</b>	<b>Ceres</b>	Centro Regional de Referência em Reabilitação
<b>Centro Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Itumbiara</b>	Cais
<b>Sudoeste</b>	<b>Sudoeste II</b>	<b>Jataí</b>	ESF – Avenida Goiás James Phillipe Minelli Pe Tiago

Fonte: Tabwin/DATASUS/MS, julho/2014.

### 1.3.7.5 Rede de Cuidado à Pessoa com Doença Crônica não Transmissível

A Portaria n.º483, de 1º de Abril de 2014, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado, priorizando as seguintes:

- Doenças renocardiovasculares;
- Diabetes e Hipertensão;
- Obesidade;
- Doenças respiratórias crônicas;
- Câncer (de mama e colo de útero).

#### 1.3.7.5.1 Doença Renocardiovasculares

A Portaria n° 432 de 06 de junho de 2006 determina que as Secretarias de Estado da Saúde adotem as providências necessárias para organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na Alta Complexidade.

A Resolução CIB n° 058/2005 – 29 de setembro de 2005, aprova a criação da Rede Estadual de Alta Complexidade em Nefrologia, Cardiovascular e Traumatologia – Ortopedia, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como Alta Complexidade e visando a necessidade de regulamentar a atenção ao portador de doença renal crônica na alta complexidade.

No quadro abaixo estão demonstrados os componentes da Terapia Renal Substitutiva - TRS:

**Quadro 16: Rede Estadual de Alta Complexidade em Nefrologia, Cardiovascular e Traumatologia – Ortopedia.**

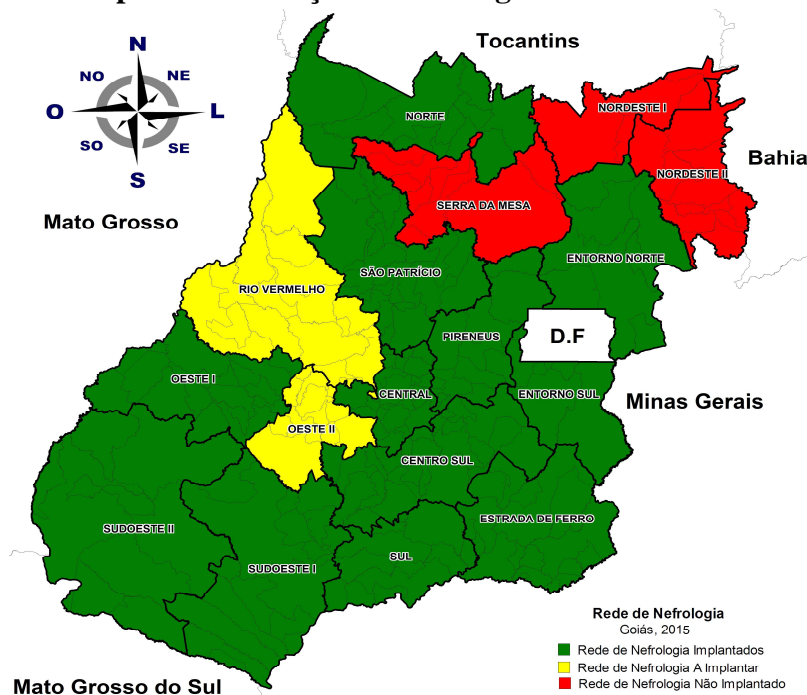
<b>MACORREGIÃO: CENTRO OESTE (População 2.210.124)</b>				
<b>Região</b>	<b>Município</b>	<b>Estabelecimento</b>	<b>Município de Referência</b>	<b>População Referenciada</b>
Central	Goiânia	Centro Médico de Doenças Renais	Goiânia	Central, Oeste II, Rio Vermelho
		Clínica de Doenças Renais		
		Inst. De Nefrologia – Centro Médico de Rim e Hipertensão		
		Nefroclínica – Clínica de Doenças Renais		
		Renalclínica – Clínica Goiana de Nefrologia		
		Hospital Urológico Puigvert		
		Santa Casa de Misericórdia de Goiânia		
		Centrel - Centro de Nefrologia		
		Nefron – Clínica do Rim e Hemodiálise		
		Terapia Renal Substitutiva		
		Hospital das Clínicas		
Oeste II	São Luís de Montes Belos	A implantar		
Rio Vermelho	Goiás	A implantar		
Oeste I	Iporá	Clínica Nefrocenter de Iporá	Iporá	Oeste I
<b>MACORREGIÃO: CENTRO NORTE (População 1.089.198)</b>				
<b>Região</b>	<b>Município</b>	<b>Estabelecimento</b>	<b>Município de Referência</b>	<b>População Referenciada</b>
Pirineus	Anápolis	H. Evangélico	Anápolis	Pirineus
		Inst. Nefrológico de Anápolis		
		Soares e Figueredo Ltda.		
Norte	Porangatu	Clinorte	Porangatu	Norte

Serra da Mesa	Uruaçu	A implantar		
São Patrício I	Ceres	Inst. de Nefrologia	Ceres	São Patrício I
São Patrício II	Goianésia	Clinefro Ltda	Goianésia	São Patrício II
<b>MACORREGIÃO: SUDOESTE (População 635.709)</b>				
<b>Região</b>	<b>Município</b>	<b>Estabelecimento</b>	<b>Município de Referência</b>	<b>População Referenciada</b>
Sudoeste I	Rio Verde	Clínica Nefrológica de Rio Verde	Rio Verde	Sudoeste I
Sudoeste II	Jataí	Centro de Uronefrologia	Jataí	Sudoeste II
<b>MACORREGIÃO: NORDESTE (População 1.207.393)</b>				
<b>Região</b>	<b>Município</b>	<b>Estabelecimento</b>	<b>Município de Referência</b>	<b>População Referenciada</b>
Entorno Norte	Formosa	SEANEF – Serviço de Assistência Clínica Nefrologia	Formosa	Entorno Norte, Nordeste I e Nordeste II
Entorno Sul	Valparaíso de Goiás	SEANE – Serviço de Assistência Nefrológica Ltda	Águas Lindas de Goiás, Luziânia e Valparaíso	Entorno Sul
		Clínica do Rim		
	Luziânia	Sociedade Renal de Luziânia		
	Águas Lindas de Goiás	Climer – Clínica Médica do Rim		
<b>MACORREGIÃO: CENTRO SUDESTE (População 1.379.845)</b>				
<b>Região</b>	<b>Município</b>	<b>Estabelecimento</b>	<b>Município de Referência</b>	<b>População Referenciada</b>
Centro Sul	Aparecida de Goiânia	Clínica de Hemodiálise de São Bernardo	Aparecida de Goiânia	Centro Sul
		Clínica Nefrologista Associados		
		A implantar novo serviço		
Estrada de Ferro	Catalão	Centro Médico de Catalão	Catalão e Caldas Novas	Estrada de Ferro
	Caldas Novas	Centro de Nefrologia Santa Isabel		
Sul	Itumbiara	Clínica de Hemodiálise de Itumbiara	Itumbiara	Sul

Fonte: Resolução CIB nº 058/2005 – 29 de setembro de 2005.

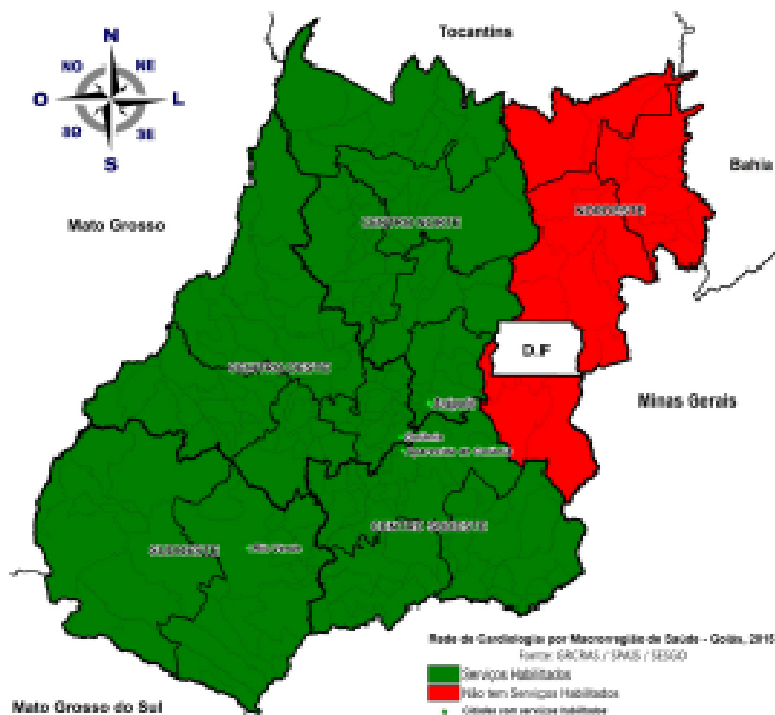


**Figura 21: Rede de Nefrologia no Estado de Goiás - Mapa das Macrorregiões onde possuem serviços de nefrologia habilitados.**



Fonte: GERCRAS/SPAIS/SES.

**Figura 22: Rede de Cardiologia em Goiás - Mapa das Macrorregiões onde possuem serviços de cardiologia habilitados.**



Fonte: GERCRAS/SPAIS/SES.

**Quadro 17: Distribuição dos Serviços de Atenção Cardiovascular.**

MACRORREGIÃO	REGIÃO POPULAÇÃO	MUNICÍPIO	UNIDADE DE AS SISTENCIA	SERVIÇOS	PROPOSTA	
CENTRO OESTE 2.696.309 hab 97 municípios	CENTRAL 1.541.371 hab	GOIÂNIA	Cl. Infantil de Goiânia/ H.Lucio Rebelo	Cirurgia Cardíaca Pediátrica Cardiologia Intervencionista		
			Hospital Santa Geneveva	Cirurgia Cardiovascular Adulto Cardiologia Intervencionista Cirurgia Vascular		
			Hospital São Francisco de Assis	Cirurgia Cardiovascular Adulto Cardiologia Intervencionista Cirurgia Vascular		
			Santa Casa de Misericórdia	Cirurgia Cardiovascular Adulto Cardiologia Intervencionista Eletrofisiologia Endovascular Cirurgia Vascular		
			Hospital das Clínicas/UFG Centro de Referência Estadual	Cirurgia Cardíaca Adulto Cardiologia Intervencionista Cirurgia Vascular Eletrofisiologia		
			Hospital da Criança/AMIGO	Cardiologia Intervencionista Cirurgia Cardíaca Pediátrica		
			Hospital Geral de Goiânia		<b>Serviços a implantar</b> Cirurgia Cardíaca Adulto Cardiologia Intervencionista	
			Hospital Monte Sinai	Cirurgia Cardiovascular Adulto Cardiologia Intervencionista Endovascular Cirurgia Vascular		
	CENTRO SUL 747.362 hab	APARECIDA DE GOIÂNIA	Hospital São Bernardo	Cirurgia Cardiovascular Adulto Cardiologia Intervencionista	<b>Implantar na Região:</b> C.Cardiovascular Pediátrica	
			Clínica Santa Mônica	Cirurgia Cardiovascular Cardiologia Intervencionista Cirurgia Vascular		
	RIO VERMELHO 192.604 hab	Referenciar para Goiânia ( população total a ser referenciada 407.576 hab )				
OESTE I 114.881 hab						
OESTE II 100.091 hab						
NORDESTE 1.104.891 hab 31 municípios	ENTORNO NORTE 299.412 hab	FORMOSA			<b>A implantar:</b> C. Cardiovascular Adulto Cardiologia Intervencionista Cirurgia Vascular C. Cardiovascular Pediátrica	
	ENTORNO SUL 745.214 hab	LUZIÂNIA			<b>A implantar:</b> C. Cardiovascular Adulto Cardiologia Intervencionista C. Vascular	
	NORDESTE 60.265 hab	Referenciar para Formosa ( população a ser referenciada 60.265 hab )				
CENTRO NORTE 965.228 hab 60 municípios	NORTE 143.580 hab	Referenciar para Anápolis ( população a ser referenciada 506.886 hab )				
	SERRA DA MESA 108.580 hab					
	SÃO PATRÍCIO 254.726 hab					
	PIRENEUS 458.342 hab	ANAPOLIS	Hospital Evangélico de Anápolis	Cirurgia Cardiovascular Adulto Cardiologia Intervencionista Cirurgia Vascular	<b>Implantar na região:</b> Cirurgia Cardíaca Pediátrica	
SUDOESTE 507.359 hab 27 municípios	SUDOESTE I 322.051 hab	RIO VERDE	Hospital Evangélico de Rio Verde	<b>Solicitou credenciamento para Intervencionista conforme PT 210 terá que fazer tb C. Cardiovascular Adulto ( informar o município) Despacho nº 11/07 SPLAN</b>	<b>Implantar:</b> Cirurgia Cardiovascular Cardiologia Intervencionista C. Cardiovascular Pediátrica Cirurgia Vascular	
	SUDOESTE II 180.076 hab	Referenciar para Rio Verde ( pop.a ser referenciada 180.076 hab )				
SUDESTE 515.163 hab 31 município	SUL 221.285 hab	Referenciar para Rio Verde C.C. Pediátrica (pop.a ser referenciada 221.285 hab )				
	ESTRADA FERRO 240.958 hab	Referenciar para Aparecida C.C.Adulto, C. Intervencionista e C.Vascular (pop a ser ref. 221.285hab)				
Referenciar para Goiânia ( população a ser referenciada 240.958 hab )						

Fonte: Resolução CIB nº 038 de 15 de maio de 2008

**Fonte: Resolução CIB nº 038 de 15 de maio de 2008.**

#### 1.3.7.5.2 Sobrepeso e Obesidade

A portaria SAS/MS de nº 424 de 19 de março de 2013, redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade com linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Tendo como principal diretriz o diagnóstico da população do SUS para identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade, com a classificação de seu estado nutricional de acordo com a fase de curso da vida, estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades e organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção a Saúde (RAS).

A linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Estado de Goiás encontra-se em fase de construção com apoio do Ministério da Saúde.

#### 1.3.7.5.3 Doenças Respiratórias

A portaria nº 609, de 06 de junho de 2013, aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Nesta é definido critérios de diagnóstico, critérios de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação e avaliação. Os entes federados deverão garantir o acesso, para isso deverá estruturar a rede de atenção definindo os serviços de referência e estabelecer fluxos para o atendimento dos pacientes com a doença em todas as etapas descritas no protocolo.

A Rede de Doenças Respiratórias no Estado de Goiás está sendo discutida no âmbito do Grupo Técnico de conformação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

#### 1.3.7.5.4 Oncologia

A Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, com diretrizes relativas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

A Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no SUS.

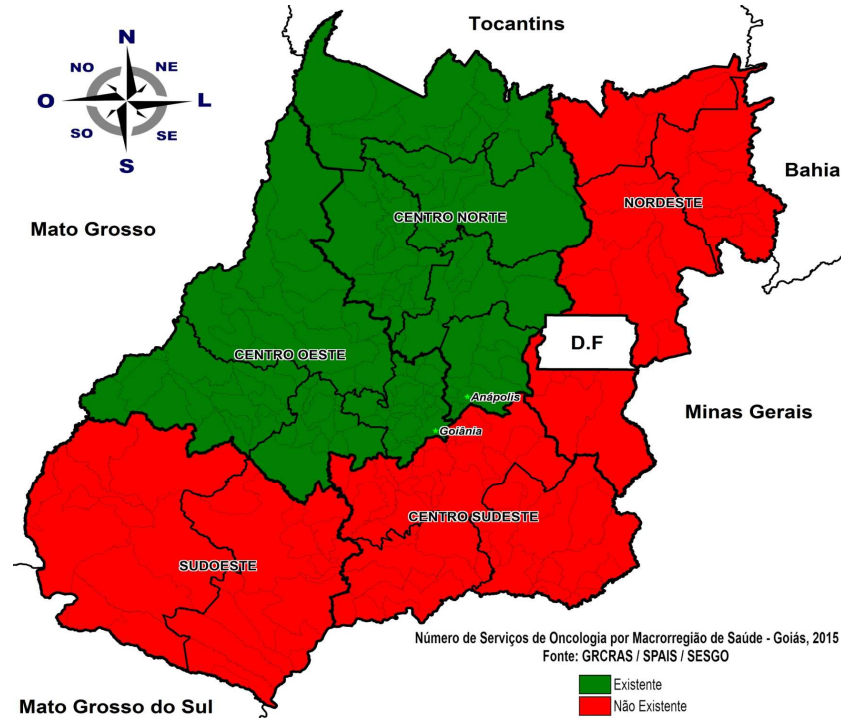
A Rede Estadual de Oncologia foi pactuada em 15 de maio de 2008, de acordo com a Resolução CIB nº 039, conta com 07 (sete) serviços, sendo que o Hospital Araújo Jorge é habilitado com capacidade instalada para 03 (três) serviços, 01 (um) serviço no Hospital das Clínicas, 01(um) serviço na Santa Casa de Goiânia, 02 (dois) serviços em Anápolis, sendo na Santa Casa de Anápolis e Hospital Evangélico e outros 02 (dois) a serem implantados em longo prazo conforme desenho da rede disposto abaixo:

**Quadro 18: Rede Estadual de Oncologia.**

MACRORREGIÃO	REGIÃO	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	PROPOSTA Classificação PT 146/08
<b>CENTRO OESTE</b> 2.820.301 habitantes 4.303 casos de câncer (sem pele não melanoma)	CENTRAL 1.638.455	GOIÂNIA	HOSPITAL ARAÚJO JORGE/HOSPITAL DO CÂNCER/Associação de Combate ao Câncer em Goiás	CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica
	CENTRO SUL 765.578			
	RIO VERMELHO 196.144		HOSPITAL DAS CLÍNICAS	UNACON com Serviço de Hematologia
	OESTE I 113.883		SANTA CASA DE GOIÂNIA	UNACON
	OESTE II 106.241			
<b>NORDESTE</b> 1.092.945 Habitantes. 1.373 casos	ENTORNO NORTE 303.703	FORMOSA	Serviço a ser implantado a longo prazo (Referenciar para Goiânia)	UNACON
	ENTORNO SUL 727.628			
	NORDESTE 61.614			
<b>CENTRO NORTE</b> 1.023.991 Habitantes. 1.322 casos	PIRENEUS 482.574	ANÁPOLIS	SANTA CASA DE ANÁPOLIS (incorpora o Banco de Sangue Modelo)	Complexo Hospitalar: UNACON
	SÃO PATRÍCIO 285.085			
	SERRA DA MESA 119.410		HOSP. EVANGÉLICO GOIANO (incorpora o Ambulatório Mauá Cavalcante)	Complexo Hospitalar: UNACON com Serviço de Radioterapia
	NORTE E 136.922			
<b>SUDOESTE</b> 573.772 Habitantes 690 casos	SUDOESTE I 376.125	RIO VERDE	HOSPITAL PRESBITERIANO (a implantar)	UNACON
	SUDOESTE II 197.647			
<b>SUDESTE</b> 493.036 Habitantes. 621 casos	ESTRADA DE FERRO 260.267			
	SUL 232.769			

Fonte: Resolução CIB n° 039, de 15 de maio de 2008.

**Figura 23: Serviços de Oncologia no Estado de Goiás - Mapa das Macrorregiões onde possuem serviços de oncologia habilitados.**



Fonte: GRCRAS/SPAIS/SES.

Em Goiás foram identificados os seguintes problemas para implantação e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde:

- Insuficiência no financiamento tripartite e de forma desordenada;
- Deficiência de Recursos Humanos especializados nas regiões de saúde;
- Deficiências em relação ao Transporte Sanitário;
- Centralização de leitos de alto risco em Goiânia e Anápolis;
- Dificuldade de regionalizar as ações e serviços de média e alta complexidade;
- Baixa qualidade do pré-natal e inadequada assistência no parto;
- Dificuldade na qualificação de recursos humanos da saúde da Atenção Primária para a assistência à gestante e a mulher, além da alta rotatividade de profissionais nos municípios;
- Classificação de Risco deficiente;
- Não cumprimento do calendário básico de consultas das gestantes nas Unidades Básicas de Saúde;
- Deficiente alimentação do banco de dados do SISPRENATAL WEB pelos municípios;
- Dificuldades de articulação entre os componentes da Rede Cegonha e entre ela e as demais redes;
- Serviços renocardiovasculares e de oncologia concentrados em empresas privadas;

- Falta monitoramento das ações e serviços renocardiovasculares para o cumprimento da legislação;
- Inexistência de serviços para realização dos procedimentos de Sobrepeso e Obesidade, conforme exigência legal.

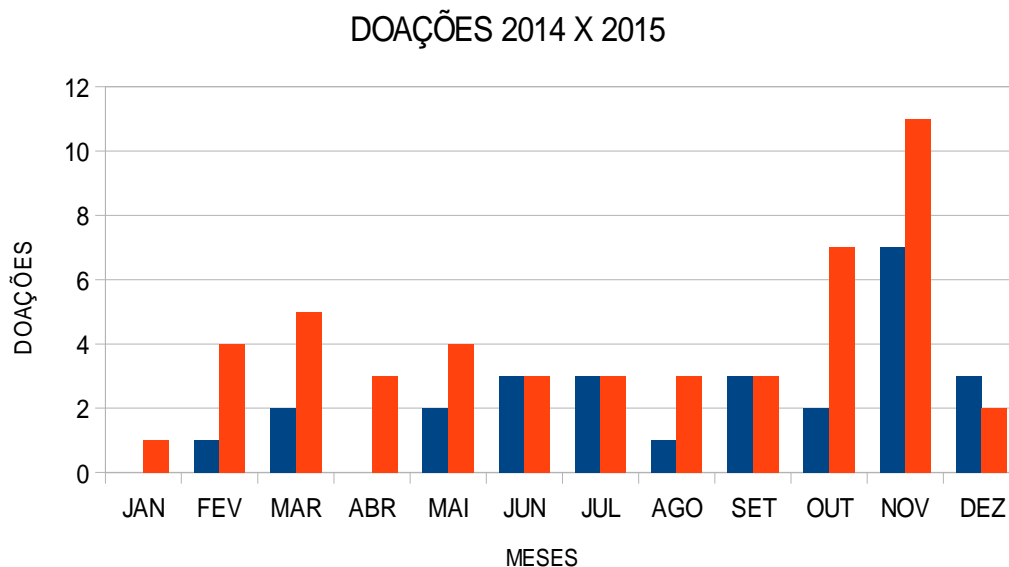
### 1.3.8 Transplante

Desde o início da realização de tais procedimentos em nosso Estado já foram realizados mais de 14.000 transplantes, em especial, de tecidos oculares (córneas e escleras) e rins.

Tal estatística nos coloca, entre os cinco maiores transplantadores de córneas no Brasil, havendo necessidade de implementar ações concretas, visando a doação de múltiplos órgãos, considerando que temos hoje em fila mais de 1.200 pacientes aguardando por tais procedimentos em nosso Estado. No Brasil, mais de 40.000 pessoas esperam hoje por um transplante.

Considerando a estatística referente ao ano de 2015, quando comparada a do ano anterior, percebe-se claramente uma tendência ao aumento das doações efetivas de órgãos sólidos para transplantes, uma vez que, no final do mês de agosto do ano em curso, já havíamos atingido o mesmo quantitativo obtido ao longo de todo o ano anterior, encerrando-se 2015 com 49 doadores de múltiplos órgãos, bem acima do quantitativo alcançado no ano anterior (26 doadores).

**Gráfico 70: Doações de Órgãos e Tecidos 2014 x 2015.**



Fonte: SCAGES-SES/GO.

**Tabela 29: Doações de Órgãos e Tecidos Efetivas**

<b>DOAÇÕES EFETIVAS</b>	
<b>Ano</b>	<b>Quantidade</b>
2014	26
2015	49

**Tabela 30: Órgãos e Tecidos Captados**

<b>ÓRGÃOS CAPTADOS</b>	
<b>Ano</b>	<b>Quantidade</b>
2014	62
2015	113

Fonte: SCAGES-SES/GO.

Tais acréscimos ocorreram, especialmente, pelo envolvimento e comprometimento dos principais hospitais de urgências da rede pública (HUGO, HUGOL e HUAPA), bem como à implantação de uma equipe, exclusivamente, voltada para as captações multi orgânicas; ao aumento das Comissões Intra Hospitalares de Transplantes nos hospitais da rede própria; às campanhas de esclarecimento à população em geral; ao maior envolvimento dos profissionais da saúde com a logística dos transplantes; ao implemento de parcerias imprescindíveis em nossas ações (mídia, IML, SVO, SIATE/Bombeiros, Faculdades Públicas e Privadas, Associações de Classe) e ao credenciamento de novas equipes e instituições para transplantes, dentre outros.

Contribuíram também para com a mudança gradual de nossa realidade, a elaboração e publicação de uma portaria por parte da Secretaria de Estado da Saúde (028/2014), obrigando os hospitais públicos a se organizarem no sentido de fecharem, em até 24hs, a confirmação de situações de morte encefálica dos pacientes internados. Da mesma forma, implantou-se uma parceria envolvendo o Hospital Albert Einstein, o Ministério da Saúde e HUGO, visando disponibilizar um profissional enfermeiro pós-graduado na referida instituição hospitalar para dirigir a Comissão Intra Hospitalar de Transplantes no hospital em questão.

Para o próximo quadriênio deve-se continuar centrando todos os esforços nas seguintes vertentes:

- Continuar aumentando o número de doações efetivas de órgãos e tecidos para transplantes, com especial ênfase para o crescente envolvimento das instituições públicas, filantrópicas, universitárias e privadas nas diversas ações referentes ao tema.
- Aumentar o número de Comissões Intra Hospitalares de Transplantes, em especial nos hospitais de médio e grande porte que tenham UTI.
- Insistir no crescente envolvimento dos profissionais de saúde, em especial, médicos e enfermeiros, nas diversas etapas do processo de doação/transplante de órgãos e tecidos.

- Desenvolver frequentes e efetivas campanhas junto à população para esclarecimento e divulgação dos transplantes.
- Ampliar o número de equipes e instituições credenciadas e comprometidas com os transplantes.
- Envolver, de maneira crescente, os serviços móveis de atendimento às urgências e traumas (SAMU e SIATE), bem como implementar parcerias com a Secretaria de Segurança Pública (IML e delegacias) e SVO.
- Iniciar a implantação do Projeto Educar para doar numa parceria entre as Secretarias de Saúde e de Educação, Cultura e Esporte.
- Descentralizar ações e logística em transplantes para outras regiões do Estado, tanto no que se refere ao credenciamento de profissionais e instituições, quanto nas captações de órgãos e tecidos, com as respectivas melhorias logísticas.

### 1.3.9 Assistência Farmacêutica

A Política de Assistência Farmacêutica Integrada para Goiás define como responsabilidade do gestor estadual organizar os serviços de assistência farmacêutica no estado, de forma integrada, hierarquizada, de acordo com as ações desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção à saúde, maximizando recursos, minimizando perdas, promovendo o uso racional de medicamentos, investindo no desenvolvimento de recursos humanos e na infraestrutura para a gestão descentralizada dessa área, visando também fortalecer as Regionais de Saúde como instância de apoio para a Assistência Farmacêutica aos municípios.

A Assistência Farmacêutica (AF) representa hoje uma das áreas com grande impacto financeiro no âmbito do SUS, pois a demanda por medicamentos é crescente e as tendências não apontam para reduções.

Para garantir a ampliação do acesso a medicamentos, em 2014 foi constituída por meio da portaria 283/2013 GAB-SES/SESGO, a Comissão Estadual de Farmácia Terapêutica (CEFT) que tem a função de fornecer assessoria na formulação de diretrizes para seleção de padronização, prescrição, aquisição, distribuição, dispensação e seguimento farmacoterapêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Goiás – SUS.

As iniciativas voltadas à estruturação dos espaços destinados à AF e à qualificação das ações e das pessoas envolvidas, bem como a garantia do custeio, são fundamentais para que se obtenham resultados concretos de melhoria da qualidade de vida da população. Nesse sentido 155 municípios do Estado contam com profissionais qualificados.

O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS para estados e municípios. Em Goiás, até 2014, sessenta e um municípios implantaram o Sistema Hórus ou repassam o conjunto de dados, o que corresponde a 24,79%.

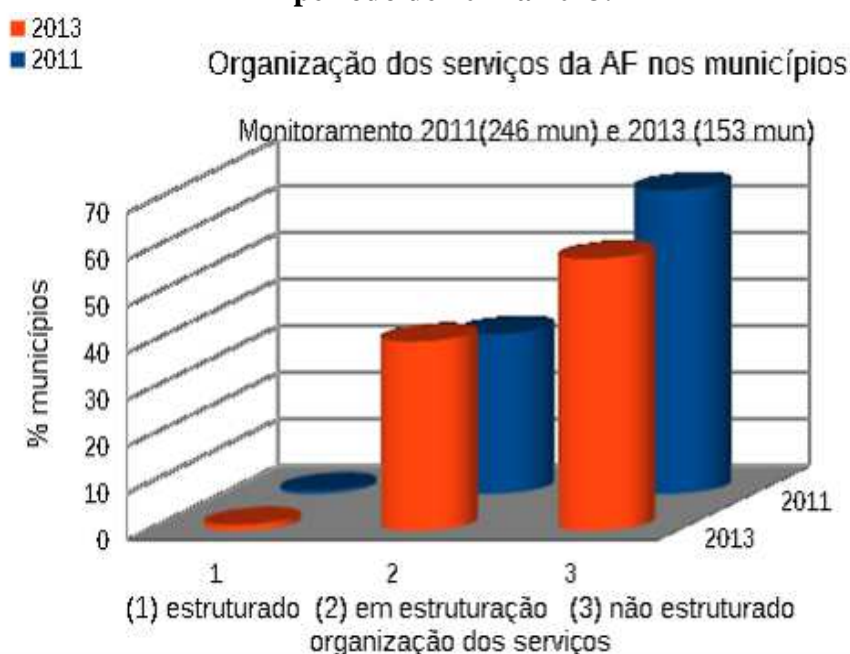
Com relação à organização dos serviços farmacêuticos, em 2012 o MS instituiu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica – QUALIFAR-SUS.



Este programa está estruturado em quatro eixos, dentre os quais o Eixo Estrutura que visa contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica. Os municípios elegíveis são aqueles com população em situação de extrema pobreza constante no Plano Brasil Sem Miséria, com população de até 100.000 habitantes, em Goiás existem 50 municípios elegíveis. Entre 2012 a 2014 trinta e seis municípios foram habilitados a receber recursos federais para a estruturação dos serviços farmacêuticos da atenção básica.

A Gerência de Assistência Farmacêutica no sentido de monitorar as ações realizadas no nível local aplicou questionário em 2011 e 2013, sendo o último respondido por 153 municípios, demonstrando a evolução dos serviços de Assistência Farmacêutica conforme gráfico abaixo.

**Gráfico 71: Evolução dos serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios no período de 2011 a 2013.**



Fonte: SPAIS/SES-GO.

### 1.3.9.1 Financiamento da Assistência Farmacêutica

No âmbito do SUS, de acordo com a Portaria GM/MS 204, de 29 de janeiro de 2007, as ações em saúde estão alocadas na forma de blocos de financiamento específicos de acordo com os seus objetivos e características. No campo da Assistência Farmacêutica, as ações estão definidas no quarto bloco que se divide em três Componentes: Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado.

### 1.3.9.1.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF

Envolve um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. Seu financiamento e execução encontram-se normatizados por portarias e resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Os valores pactuados foram de R\$3,00 por habitante/ano para a contrapartida estadual, e a contrapartida municipal no valor de R\$ 2,36 por habitante/ano, incluído nesses valores o financiamento dos insumos complementares destinados aos usuários insulino-dependentes, sendo de R\$1,00 por hab/ano a contrapartida estadual, e R\$ 0,50 por hab/ano a contrapartida municipal.

A forma de pactuação no Estado é totalmente descentralizada no município (TDM), ficando os municípios responsáveis pela seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos complementares destinados aos usuários insulino-dependentes, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente.

Em dezembro de 2014, foi aprovada norma de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional -PNAISP, a responsabilidade de financiamento é do MS. A execução das ações e serviços de saúde é descentralizada, sendo de responsabilidade do Estado, podendo pactuar a transferência dessa responsabilidade para os municípios, desde que estes tenham aderido à PNAISP.

### 1.3.9.1.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – CESAF

Na área dos programas estratégicos está voltado ao tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados com protocolos e normas estabelecidas pelo MS.

Envolve a distribuição de medicamentos adquiridos pelo MS para as áreas de tuberculose, hanseníase, lúpus, geo-helmintíases, HIV-Aids, endemias focais (malária, leishmaniose, meningite, tracoma, esquistossomose, chagas, influenza, dengue, chikungunya, cólera), tabagismo, alimentação e nutrição e coagulopatias.

Em 2011, a SES-GO aderiu ao Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS), implantando o programa na Central de Abastecimento Farmacêutico do Estado e em todas as Regionais de Saúde. Atualmente toda a distribuição de medicamentos e insumos que compõe o elenco dos programas estratégicos é realizada pelo sistema Hórus possibilitando eficiência na gestão de AF e monitoramento dos medicamentos distribuídos.

No ano de 2014 o MS disponibilizou no rol dos programas estratégicos o medicamento para prevenção da infecção do vírus sincicial respiratório, Palivizumabe, sendo que a distribuição do mesmo foi pactuada na Comissão Intergestora Bipartite do Estado para duas unidades de referência, Hospital Materno Infantil de Goiânia e Hospital e Maternidade D. Iris, a fim de otimizar as doses do medicamento e organizar o serviço.

Em 2014 a Assistência Farmacêutica participou da elaboração dos planos de contingência para Dengue, Chikungunya e Zika, sendo feita distribuição de medicamentos adquiridos pela SES, para os municípios, durante o período de incidência dos agravos.

#### **1.3.9.1.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF**

Envolve um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, para garantir o financiamento e execução dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas de Doenças Crônicas e Raras e consequentemente o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos referidos agravos. Seu financiamento e execução são normatizados pela Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013.

Em setembro de 2013, foi inaugurada a nova sede da CMAC – Juarez Barbosa e isso possibilitou melhorar a gestão no processo de trabalho, aumentar a capacidade de armazenamento de medicamentos, planejar as aquisições adequadamente, de forma a manter a Unidade 100% abastecida, com todas as apresentações padronizadas no CEAF/GO. A otimização do serviço humanizou o atendimento dos pacientes que procuram a Unidade.

Em março de 2013, foi iniciado o Projeto Medclínica, por meio do qual é feita a entrega de medicamentos para o tratamento da Doença Renal Crônica, diretamente nas clínicas, onde os pacientes fazem hemodiálise. Atualmente estão sendo atendidas 07 clínicas: Nefro Clínica, Renal Clínica, Hospital das Clínicas, Clínica de Doenças Renais, Centrel, Hospital Urológico e Nefron Clínica. O Projeto visa contemplar todas as clínicas de hemodiálise da região metropolitana. As Regionais de Saúde estão se organizando para executarem o mesmo projeto.

Em agosto de 2014, foi criado o Setor dos Municípios, na CMAC – Juarez Barbosa. Representantes dos municípios que pegam medicamentos para 10 ou mais pacientes, por mês, estão sendo atendidos no 4º andar do prédio. Deixaram de pegar as filas do térreo e do 1º andar. Funcionários foram capacitados para abrirem, autorizarem e renovarem os processos e dispensarem os medicamentos, no mesmo local.

Em junho de 2013, o Estado adotou a modalidade de gestão compartilhada para os medicamentos que compõem a terapia tripla em Hepatite crônica C, sendo que a Gerência de Assistência Farmacêutica, o CMAC e os serviços especializados – SAE (Centros de Referência) são os responsáveis pela gestão, incluindo a dispensação dos medicamentos para a referida terapia. De 2013 a 2015, três centros de referência atendem pacientes em tratamento de terapia tripla, SAE do Hospital de Doenças Tropicais (HDT), SAE de Anápolis e SAE de Jataí.

Em outubro/2013, Goiás, por meio da CMAC Juarez Barbosa, foi o 1º Estado que disponibilizou todos os colírios incorporados pelo Ministério da Saúde para Glaucoma.

No Setor de Descentralização da CMAC – Juarez Barbosa, dez Regionais de Saúde representam pacientes de 137 municípios do Estado (1- Regional de Rio Verde, 2 - Regional de Luziânia, 3 - Regional de Jataí, 4 - Regional de Iporá, 5 - Regional de

Catalão, 6 - Regional de Itumbiara, 7 - Regional de Porangatu, 8 - Regional de Formosa, 9 - Regional de Uruaçu, 10 - Regional de Ceres). Estes pacientes não se deslocam de sua residência para o Juarez Barbosa.

Os representantes abrem e renovam os processos e pegam os medicamentos. O transporte dos medicamentos é feito pela Secretaria Estadual de Saúde, em veículo adequado e climatizado. Quanto à descentralização do CEAF para as regionais de saúde, Pireneus foi a Regional piloto. A sede da farmácia de alto custo, em Anápolis, funciona desde julho de 2011, executando todas as etapas preconizadas em Portaria.

Foi elaborado um projeto em parceria com a Gerência das Regionais de Saúde para estender às demais Regionais de Saúde a atribuição de intermediar o acesso dos pacientes aos medicamentos do CEAF, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde.

Em 2013, foi elaborado o Projeto Medcasa. Os pacientes que aderirem ao Projeto de entrega de medicamentos em casa só precisarão ir ao Juarez Barbosa para abrirem o processo. Depois de aprovado, receberão a medicação em suas residências, seguindo toda a legislação sanitária e as etapas de execução da Portaria nº 1.554/2013. Será realizada a logística reversa de documentação e prescrições.

**Tabela 31: Valor gasto em Medicamentos do CEAF (Programa/Mandados/TCT) - Janeiro/2012 a Dezembro/2014.**

Ano	Valor
2012	R\$ 100.286.896,91
2013	R\$ 121.830.094,57
2014	R\$ 119.535.716,13
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 341.652.707,61</b>

Fonte: SDME.

#### 1.3.9.1.3.1 Judicialização

Em setembro de 2014, foi publicada a Portaria nº 761/2014-GAB/SES-GO, transferindo para a CMAC Juarez Barbosa o Núcleo de Judicialização, por se tratar de uma intercorrência da Assistência Farmacêutica, por meio de ações judiciais e o Termo de Cooperação Técnica - TCT assinado entre SES/GO e MP/GO.

**Tabela 32: Valor gasto em Medicamentos do Núcleo de Judicialização (Mandados e TCT) - Janeiro/2012 a Dezembro/2014.**

Ano	Valor em R\$
2012	R\$ 24.555.895,25
2013	R\$ 24.893.458,39
2014	R\$ 36.931.153,55
<b>Total</b>	<b>R\$ 86.380.507,19</b>

Fonte: SDME.

### 1.3.9.2 Medicamentos para Infecções Oportunistas

De acordo com as diretrizes do Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais/MS e pactuação na CIB, ficou como responsabilidade do Estado a aquisição e distribuição dos medicamentos para infecções oportunistas (Resolução CIB 216/2011).

A distribuição dos medicamentos é realizada para os Serviços de Atendimento Especializado (SAE), que são unidades que atendem pessoas vivendo com HIV/AIDS. Atualmente são 10 unidades sendo: Hospital de Doenças Tropicais (HDT), SAE HC/UFG, SAE CRDT, SAE Anápolis, SAE Rio Verde, SAE Itumbiara, SAE Jataí, SAE Caldas Novas, SAE Catalão, SAE de Santo Antônio do Descoberto.

Em 2013, o HDT passou a ser gerido por Organização Social, ficando esta responsável pela aquisição e dispensação dos medicamentos pactuados.

### 1.3.9.3 Medicamentos Oncológicos

A partir do ano de 2011, a compra de alguns medicamentos oncológicos tem sido centralizada pelo MS. A distribuição é realizada pela SES, segundo orientações do MS, conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e de acordo com o número de pacientes cadastrados nessas unidades por meio da emissão de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC).

Os medicamentos Mesilato de Imatinibe, Trastuzumabe, Rituximabe, Dasatinibe e Nilotinibe são distribuídos para os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) – Hospital Araújo Jorge e para as Unidades Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Estado - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), Santa Casa de Misericórdia de Goiânia e Santa Casa de Misericórdia de Anápolis.

Com relação ao medicamento L-asparaginase é distribuído para todos os hospitais oncológicos de Goiás.

### 1.3.10 Vigilância Sanitária

#### 1.3.10.1 Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde

A Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde está diretamente relacionada ao monitoramento das condições sanitárias e análise de riscos dos estabelecimentos e áreas que prestam direta ou indiretamente serviços de saúde, buscando melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Desenvolve ações de monitoramento, fiscalização, capacitações e qualificações com fiscais de Vigilância Sanitária da equipe Central, Regional e Municipal; reuniões técnicas, proporcionando oportunidades de estabelecer termos de compromisso e definição de cronogramas de execução para correção de não conformidades.

As ações realizadas são baseadas no Plano Anual de Saúde, assim como são atendidas as demandas diárias de serviços; priorizando a resolutividade de problemas que provoquem impacto direto na saúde dos usuários destes serviços. Estas ações são norteadas por Legislações Federais, Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC)

produzidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e Legislações Estaduais.

A Gerência de Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde do Estado de Goiás é composta por 07 (sete) Coordenações, todas trabalhando em conjunto para o desenvolvimento de um serviço de qualidade e confiança. Sendo embasadas em Legislações e Resoluções, as ações desta Gerência apresentam progresso visível na prestação dos serviços pelo setor regulado, principalmente em termos de estrutura física, equipe técnica (número de profissionais proporcional ao número de leitos), equipamentos, áreas críticas (unidade de processamento de roupas – lavanderia; centro de material e esterilização, centro cirúrgico, unidade de tratamento intensivo) e no gerenciamento de resíduos de serviços e saúde; incidindo diretamente na melhoria da qualidade dos serviços prestados e, principalmente, na segurança dos pacientes atendidos.

### **1.3.10.2 Fiscalização de Serviços de Saúde, Segurança do Paciente e Controle de Infecção em Serviços de Saúde**

As fiscalizações em Serviços de Saúde realizadas trouxeram em discussão a segurança dos pacientes atendidos em estabelecimentos de saúde e áreas afins, e o Controle de Infecções nestes serviços; a partir disso a Vigilância Sanitária passou a se dedicar em produzir ações que não apenas melhorassem as condições sanitárias dos serviços, mais também a segurança no atendimento prestado.

Conforme a Organização Mundial de Saúde Segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. As ações sobre segurança em serviços de saúde priorizam a identificação e redução de eventos adversos evitáveis. Tem como objetivo prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde, decorrentes de processo e estruturas da assistência. As falhas causadoras dos eventos adversos precisam ser identificadas antes que causem danos aos pacientes na atenção à saúde, para que seja possível desenvolver ações de prevenção em saúde.

Para melhor viabilizar o serviço foi criado em 2014 a Coordenação Estadual de Segurança do Paciente e Controle de Infecção em Serviços de saúde. Essa coordenação trabalha em conjunto com as demais Coordenações da Gerência de Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde, visando não apenas a melhoria das condições sanitárias, mais também a produzir, sistematizar e difundir conhecimento sobre segurança do paciente e Controle de Infecção Hospitalar. Tem como prioridade o assessoramento na implantação dos núcleos de segurança do paciente e a estruturação destes núcleos nos serviços de saúde: públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Abrangem os hospitais, clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento como, por exemplo, serviços de diálise, de endoscopia, radiodiagnóstico, medicina nuclear, radioterapia, entre outros.

Atualmente, a SUVISA vem acompanhando as Notificações de Eventos Adversos no NOTIVISA 2.0, realizando reuniões com os gestores municipais para incentivar a disseminação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, e conforme Gráfico a

seguir observa-se o crescimento no número de notificações de eventos adversos em serviços de saúde no Estado de Goiás:

**Tabela 33: Notificação de Incidentes e Eventos Adversos em Serviços de Saúde do Estado de Goiás.**

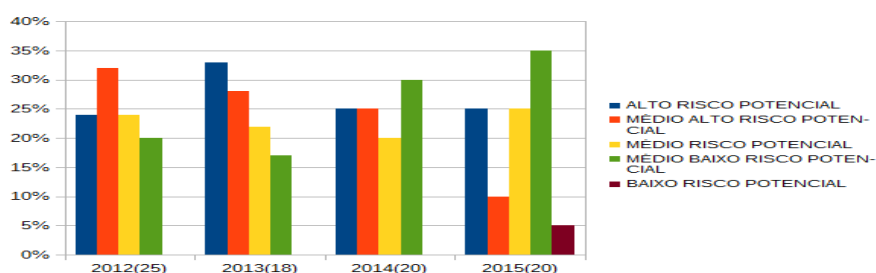
NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS *						
GRAU DO DANO	ANO					
	2014 (JUNHO A DEZEMBRO)		2015		2016 (JANEIRO A MARÇO)	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Nenhum	102	33,9	570	22,6	142	19,5
Leve	130	43,2	1458	57,8	402	55
Moderado	67	22,2	368	14,6	139	19
Grave	2	0,7	119	4,7	42	5,7
Óbito	0	0	8	0,3	6	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>100</b>	<b>2523</b>	<b>100</b>	<b>731</b>	<b>100</b>

\*Fonte: ANVISA

Fonte: ANVISA.

Quanto às fiscalizações realizadas, atualmente são aplicados roteiros de inspeção sanitária baseado nas legislações específicas, fazendo-se a avaliação de risco padronizada pela ANVISA. A aplicação dos roteiros trouxe benefícios que podem ser verificados, por exemplo, nos serviços de hemoterapia. Com o acompanhamento constante e a realização das inspeções rotineiramente nos serviços da Hemorrede (Rede de Hemoterapia do Estado de Goiás), percebeu-se que os estabelecimentos, principalmente, Agências Transfusionais, passaram da avaliação de alto risco para médio ou médio alto risco; resultando em uma melhora expressiva do ponto de vista sanitário. Essa melhoria reflete de forma considerável na qualidade do sangue e hemoderivados oferecidos a população do Estado. Os dados de conformidade dos serviços de hemoterapia são tabulados e analisados, o que permite classificar cada serviço, de acordo com sua complexidade e grau de risco.

**Gráfico 72: Distribuição percentual dos serviços de hemoterapia avaliados quanto ao risco potencial, segundo a categorização do Marp-SH. Goiás, 2012-2015.**



Fonte: GVSS/ SUVISA.

O Gráfico 72 demonstra que houve, ao longo dos anos, uma diminuição dos estabelecimentos que se encontravam em alto risco sanitário. Nas inspeções verificaram-se melhorias, principalmente, no que se refere à definição de responsabilidade técnica, pessoal qualificado e exclusivo para os serviços de hemoterapia, elaboração e implantação de protocolos, capacitação de recursos humanos, entre outros.

### **1.3.10.3. Monitoramento e Fiscalização de Radiação Ionizante**

Referente às ações fiscais relativas ao Radiodiagnóstico Médico (Raios-X convencional, tomografia, fluoroscopia, mamografia e densitometria), ao Radiodiagnóstico Odontológico (Raios-X periapical e panorâmico), aos serviços de Medicina Nuclear, Radioterapia e aos serviços de Ressonância Magnética (radiação não ionizante) estas foram desenvolvidas mais ativamente nos últimos anos. Iniciou-se um importante processo de atualização de todos os laudos técnicos necessários para verificação de radioproteção, atualização e implementação do cadastro dos equipamentos de Radiodiagnóstico Médico e Odontológico no sistema de informação (SINAVISA), e solução de diversos processos administrativos sanitários. Dentre as ações a prioridade se encontra no Programa de Controle de Qualidade em Mamografia do Estado de Goiás.

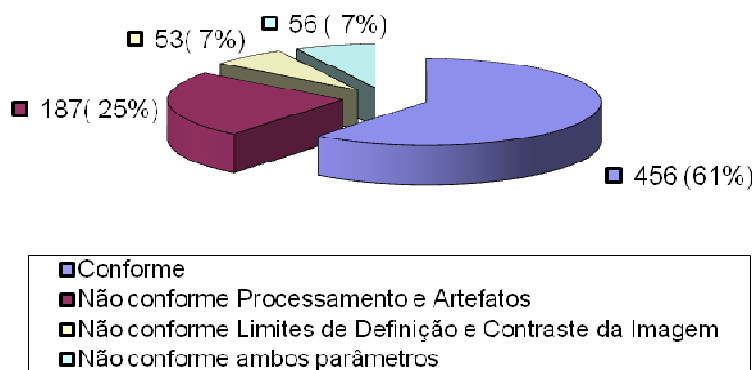
O Programa de Controle de Qualidade em Mamografia do Estado de Goiás tem por objetivo identificar os serviços de mamografia em operação no Estado, e avaliar a qualidade da prestação deste serviço. A Portaria nº 453/98 do Ministério da Saúde determina a implementação de ações corretivas nos serviços, onde os resultados do levantamento feito foram insatisfatórios. As ações do referido programa, foram, então, fortalecidas, possibilitando a realização dos testes de controle de qualidade dos mamógrafos, o que antes era realizado somente pelo CRCN-CO/CNEN (Centro Regional de Ciências Nucleares da Região Centro-Oeste da Comissão Nacional de Energia Nuclear).

Este programa é desenvolvido em parceria com o CRCN-CO/CNEN, Regionais de Saúde e Vigilâncias Sanitárias Municipais de diversos municípios onde estão localizados estabelecimentos que realizam mamografias, Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás.

Paralelamente ao Programa de Controle de Qualidade em Mamografia do Estado de Goiás, a vigilância sanitária implantou o Programa de Monitoramento da Imagem Mamográfica, para monitorar a qualidade da imagem, se a mesma permite a visualização com nitidez de estruturas presentes no simulador, que representam lesões benignas, malignas ou da própria anatomia mamária, a presença de artefatos, uniformidade da imagem.



**Gráfico 73: Programa de Monitoramento da Qualidade da Imagem Mamográfica (Interior do Estado) - até 2014.**



Fonte: GVSS/ SUVISA

Os resultados permitem afirmar que a implantação do programa de controle de qualidade de mamografia mostra-se efetivo, porém, observa-se a necessidade de continuidade do processo de avaliação, para aprimoramento do programa e implementação de uma cultura de qualidade entre os prestadores de serviço, com o objetivo de instituir qualidade na detecção precoce do câncer de mama.

#### 1.3.10.4. Monitoramento e Fiscalização de Serviços de Interesse a Saúde

O lançamento do Programa de Ação Integrada de Desenvolvimento (PAI), em 2012, teve como objetivo acelerar o desenvolvimento econômico e social do Estado de Goiás, definindo programas prioritários de atenção à saúde, dentre eles o “Programa Estadual de Enfrentamento às Drogas”, com o projeto de tratamento e recuperação de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Diante disso, a Vigilância Sanitária passou a dar especial destaque às atividades relacionadas às Comunidades Terapêuticas em articulação com o Grupo Executivo de Enfrentamento às Drogas (GEED) no controle da drogadição no Estado de Goiás.

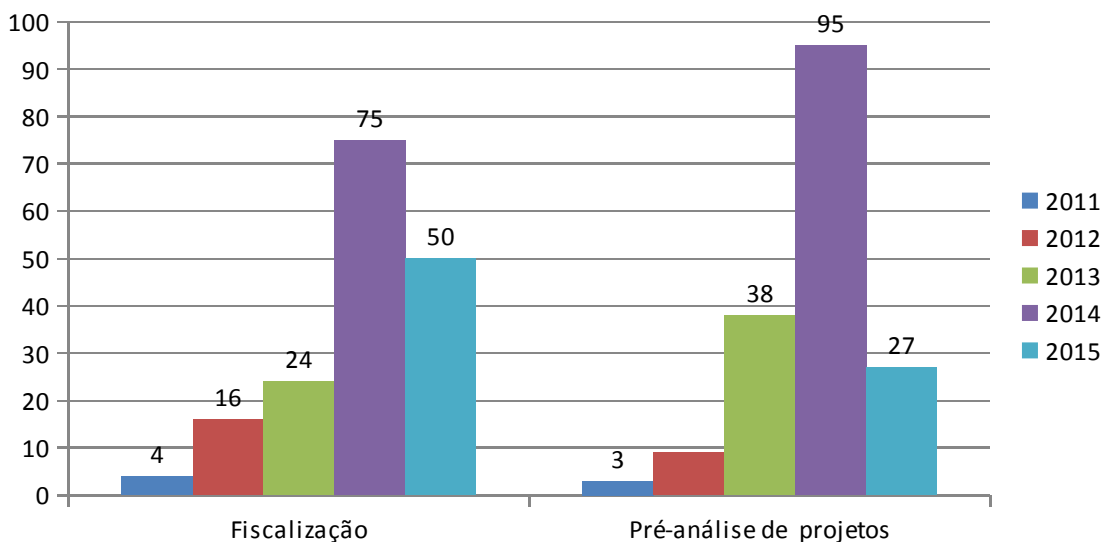
Nos últimos anos, notou-se um aumento significativo de Comunidades Terapêuticas no Estado, no período de 2011 a 2015 foram identificadas 245 instituições, dentre elas filantrópicas e particulares, um aumento significativo na oferta de serviços dessa área, o que demandou ações de fiscalização mais efetivas, pois a maioria não atendia aos requisitos mínimos sanitários estabelecidos em lei federal.

A proliferação dessas instituições demonstra a dimensão e relevância das mesmas como escolha para o tratamento de dependentes de substâncias psicoativas pelas famílias, dificultando as ações sanitárias por, em sua grande maioria, não fazerem parte da Rede de Atenção Psicossocial, pela migração das mesmas entre os Estados do país e pela ausência de uma normativa estadual.

No ano de 2015 houve uma redução dessas ações, quando comparadas ao ano anterior, em decorrência da demanda de outras áreas da coordenação, tais como Instituição de Longa Permanência para Idosos e Estabelecimentos Funerários. Contudo, as Comunidades Terapêuticas monitoradas e fiscalizadas nesse período tiveram melhora

na qualidade dos serviços oferecidos, o que possibilitou a emissão de 36 Alvarás Sanitários, garantindo uma melhor qualidade de vida e bem-estar aos residentes.

**Gráfico 74: Ações Realizadas em Comunidades Terapêuticas entre 2011 a 2015.**



Fonte: GVSSS/SUVISA

### 1.3.10.5. Centro de Informação Toxicológica

O Centro de Informação Toxicológica (CIT) possui plantonistas médicos 24 horas-dia, que prestam atendimento às vítimas de intoxicação por pesticidas, medicamentos, saneantes domissanitários, plantas, alimentos, cosméticos, produtos químicos industriais, metal, drogas de abuso, e outros agentes tóxicos e, envenenamentos por animais peçonhentos, orientando tecnicamente, via telefone, os profissionais das unidades de saúde de Goiás e outros Estados. A disponibilização de profissionais favoreceu a agilidade da digitação de dados e na investigação dos agravos.

O CIT é responsável pela distribuição de soro anti-peçonhentos em Goiás, sendo que no período de 2011 a 2014 foram 32.524 ampolas distribuídas de vários tipos de soro anti-peçonhento.

**Tabela 34: Atividades desenvolvidas pelo Centro de Informação Toxicológica no período de 2011 a 2014.**

Atividade	2011	2012	2013	2014
Notificação de atendimento de casos de Intoxicação	7.267	6.920	6.695	6.803
Informação em toxicologia	1.602	1.425	1.240	1.727
Evolução de casos – ligação telefônica	2.893	3.837	5.507	1.708
Distribuição de (ampolas) Soro Anti-peçonhentos	2.663	10.267	9.257	10.337

Fonte: CIT - SUVISA/SES-GO.

Conclui-se, portanto, que a Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde continuará

investindo em ações específicas e atendimento de demandas que contribuam não somente para a adequação de condições sanitárias de estabelecimentos de Serviços de Saúde, mas também para a segurança dos usuários destes estabelecimentos. Conforme Diretrizes e Metas instituídas no Plano Estadual de Saúde para o período de 2016 a 2019, estas ações e prioridades serão analisadas e atualizadas anualmente através da construção da Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.

#### **1.3.10.6. Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços**

Em consonância com o que determina a Lei Orgânica da Saúde a qual se refere à vigilância sanitária, como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, a Vigilância Sanitária de Produtos no Estado de Goiás atua com objetivo de controlar, monitorar, fiscalizar e regulamentar a produção, distribuição, transporte e comercialização de medicamentos, insumos farmacêuticos, correlatos, saneantes, cosméticos, alimentos, agrotóxicos, bem como o pós uso de sangue e hemocomponentes.

A Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) possui, atualmente, em sua esfera de atuação, 13.216 estabelecimentos que atuam nestes segmentos, sujeitos ao controle e fiscalização sanitária em Goiás, outros tantos estabelecimentos estão sob a responsabilidade das vigilâncias sanitárias municipais com ações pactuadas.

Os processos de trabalho da Vigilância Sanitária de Produtos são gerenciados por meio de um sistema de Garantia da Qualidade que adota procedimentos operacionais padrão com objetivo de uniformizar as ações em todas as áreas de atuação da GVSP, harmonizando as atividades de inspeção em consonância com os padrões definidos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e também, em atenção aos padrões internacionais estabelecidos. O monitoramento da harmonização dos processos de trabalho, relativos aos procedimentos de inspeção nas Vigilâncias Municipais com ações descentralizadas nas áreas de medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos para saúde, deverão ser executados pela Gerência de Vigilância Sanitária de Produtos, por meio da execução de um plano de ação, de acordo com a realidade de cada município, com a finalidade de apoiar o processo de elaboração e adoção dos documentos harmonizados do SNVS.

Considerando as diversas categorias de produtos sujeitos à vigilância sanitária (alimentos, cosméticos, medicamentos, produtos para saúde e saneantes), a fiscalização sanitária de rotina possui a finalidade de verificar o cumprimento das boas práticas de fabricação, conforme legislação sanitária vigente e condizente com cada categoria de produto, com vistas à adequação dos processos de produção por parte do setor regulado. Os maiores problemas identificados relacionam-se ao não cumprimento das boas práticas de fabricação que podem levar a produção de produtos com desvios de qualidade e a conseqüente exposição da população ao consumo destes produtos.

Os medicamentos e os produtos para saúde como bem sanitário que o são, representam importante função no conjunto de ações de prevenção, tratamento e

reabilitação no processo saúde-doença. Possui significativa importância na terapêutica moderna que não se limita apenas a fatores fármaco terapêutica, o que exige maior controle sanitário dos segmentos envolvidos com medicamentos e produtos para saúde, desde a produção, distribuição, transporte, armazenamento e dispensação.

O Estado de Goiás é considerado o terceiro polo industrial de produção de medicamentos no país, com 17 Indústrias Farmacêuticas, 02 Indústrias Farmoquímicas, bem como distribuidores e fracionadores de insumos farmacêuticos instaladas no estado, demandando grande empenho por parte da Vigilância Sanitária de Produtos para acompanhar o desenvolvimento deste segmento empresarial. Estas empresas fabricam produtos de baixo valor agregado, genéricos e similares e ainda não realizam estudos para desenvolvimento de novos itens. Visando estimular os empresários e os técnicos dessas empresas à inovação tecnológica e desenvolvimento de novos produtos, esta SUVISA/GO propôs a criação de uma Câmara Setorial de Medicamentos e Produtos para Saúde – CASMED. Fato este que ocorreu em 30 de junho de 2015 pela Portaria Estadual 336/2015/GAB/SES-GO, com a finalidade de orientar, promover e sanar obstáculos de forma a propiciar a inovação e o desenvolvimento tecnológico de novos produtos.

Na distribuição atacadista de medicamentos e de outros produtos sujeitos à vigilância sanitária existem 242 estabelecimentos cadastrados, sendo que 42 estão sob a responsabilidade da SUVISA, os demais estabelecimentos encontram-se sob responsabilidade das VISAS Municipais pactuadas nestas ações, a saber: Anápolis, Aparecida de Goiânia, Catalão, Goiânia, Itumbiara, Jataí e Rio Verde. É imprescindível o monitoramento do cumprimento das normas sanitárias para este segmento com vistas à eficaz detecção de medicamentos irregulares, principalmente os falsificados e os provenientes de cargas roubadas, fortalecendo as ações preventivas de combate à falsificação de medicamentos, bem como assegurar a imediata retirada da cadeia de distribuição os produtos declarados como impróprios ao consumo, promovendo assim um eficiente sistema de recolhimento.

Mudanças no estilo de vida da população têm levado ao aumento do consumo de alimentos preparados fora do ambiente domiciliar. A vigilância sanitária trabalha para garantir que os produtos disponibilizados à população não ofereçam riscos a sua saúde, utilizando como instrumentos de controle e segurança sanitária a verificação da adoção do Manual de Boas Práticas de Fabricação e da Análise de Perigos em Pontos Críticos de Controle (APPCC), que se fundamentam nas recomendações da Organização Mundial do Comércio (OMC) e do *Codex Alimentarius*. Os requisitos básicos, para que o alimento tenha um ótimo padrão de qualidade, são baseados em ações que asseguram a higiene em todas as etapas de produção.

Dentre os vários aspectos relativos à crescente demanda pelos serviços de refeição fora do lar, a qualidade sanitária dos produtos oferecidos configura questão fundamental, principalmente, considerando a amplitude do público atendido. Neste contexto, um trabalho importante a ser considerado pela vigilância sanitária é a inclusão produtiva com segurança sanitária, aplicável ao micro empreendedor individual, ao empreendimento familiar rural e ao empreendimento econômico solidário, conforme preconiza a Resolução RDC nº. 49/2013, com vistas a propiciar o acesso à população em situação de extrema pobreza a oportunidade de ocupação e renda, por meio de ações de

inclusão produtiva, resultando em geração de renda, emprego, trabalho, desenvolvimento socioeconômico e conseqüente maior e melhor qualidade de vida.

Considerando o estilo de vida moderno, o consumo de água mineral se faz cada vez mais crescente, sendo uma prioridade para a vigilância sanitária de alimentos a necessidade do monitoramento frequente desta categoria de produto como preocupação em assegurar o consumo do produto com qualidade e segurança. A maior causa de denúncias registradas na SUVISA para este segmento se refere a vazamento nas embalagens retornáveis, possibilitando assim contaminação da água de consumo, fato este muitas vezes ocasionado pela ineficiência no sistema de vedação da embalagem. Existem instaladas no Estado de Goiás 33 empresas envasadoras de água mineral, sendo 26 sujeitas ao controle e fiscalização sanitária do Estado e 07 sob responsabilidade das Vigilâncias Sanitárias Municipais pactuadas.

Os produtos da categoria de suplementos alimentares possuem grande divulgação na mídia o que propicia o uso indiscriminado pela população, gerando grande preocupação no âmbito da saúde pública por proporcionar danos e agravos à saúde caso sejam consumidos em quantidade excessiva, de forma errônea (indução ao erro por algumas rotulagens) e/ou produzidos sem garantia de qualidade, segurança e eficácia. Em se tratando de suplementos alimentares temos hoje 25 indústrias produtoras em Goiás, sendo 03 sob a responsabilidade de fiscalização do Estado e 22 de responsabilidade das Vigilâncias Sanitárias Municipais pactuadas.

A vigilância sanitária de alimentos atua também no fluxo de investigação de surtos alimentares por meio da coleta de amostras bem como da verificação das condições de preparo dos alimentos.

A vigilância pós-comercialização de produtos, tem como objetivo monitorar e investigar os eventos adversos e queixas técnicas notificadas por profissionais de saúde, por meio do Sistema NOTIVISA e/ou denunciados pela população em geral. Abrangem alimentos, saneantes, ações de farmacovigilância, hemovigilância, tecnovigilância e cosmetovigilância. Ressalta-se a subnotificação como um grande problema relacionado a vigilância pós-comercialização, sabe-se que a notificação é instrumento fundamental para a construção de um efetivo sistema de vigilância sanitária de produtos. Por meio do sistema NOTIVISA consegue-se visualizar que o maior número de notificações são efetuados por profissionais de saúde de outros estados da federação, em comparação aos profissionais de saúde do Estado de Goiás que pouco notificam, por exemplo, no ano de 2015, das 34.371 notificações recebidas pelo Sistema Notivisa apenas 484 foram realizadas por profissionais de saúde do Estado de Goiás representando cerca de 1,4% das notificações, sendo a maioria destes notificadores os próprios profissionais de vigilância sanitária do Estado e dos municípios.

A grande maioria das notificações de queixas técnicas de medicamentos está relacionada com os processos de embalagem primária e secundária. No ano de 2015, foi registrado no NOTIVISA, um total de 1.740 notificações de queixa técnica de detentores de registro (fabricantes/importadores), instalados no estado de Goiás, destas, 1.455 são referentes a medicamentos, 281 a produtos para saúde e 04 de cosméticos. Em relação à Hemovigilância, foram gerenciadas 269 notificações de Eventos Adversos nas transfusões de sangue ocorridos em Goiás.

As ações de monitoramento da qualidade de produtos são realizadas por meio de programas estaduais e/ou nacionais, de forma conjunta entre a vigilância sanitária e o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), com a finalidade de verificar a conformidade dos produtos expostos ao consumo e identificar os setores produtivos que necessitam de intervenção institucional.

Foram realizadas 530 coletas para o monitoramento de alimentos no Estado de Goiás, destas coletas, 269 amostras apresentaram laudo de análise com resultados satisfatórios e 261 insatisfatórios. Dos 261 resultados insatisfatórios do Programa de Qualidade dos Alimentos 60,9% são problemas relacionados com a rotulagem (ROT), 21% ao padrão de identidade e qualidade (PIQ) e 18% apresentam ambos os problemas.

O Programa de Monitoramento de Resíduos de Agrotóxicos em Hortifrutícolas comercializados na Central de Abastecimento de Goiás (CEASA/GO) possui o objetivo de verificar se os alimentos in natura comercializados na CEASA/GO apresentam níveis de resíduos de agrotóxicos dentro dos Limites Máximos de Resíduos (LMR) estabelecidos pela ANVISA e publicados em monografia específica para cada agrotóxico. Permite, também, conferir se os agrotóxicos utilizados estão devidamente registrados no país e se foram aplicados somente nas culturas para as quais estão autorizados. Em 2015, foram coletadas 59 amostras de diferentes culturas, apresentando 44 resultados de análise satisfatórios e 15 insatisfatórios. Dentre os resultados insatisfatórios 13 foram provenientes da presença de ingrediente ativo não autorizado para cultura (NA), 01 com nível do ingrediente ativo acima do Limite Máximo de Resíduo (LMR) e 1 com ingrediente não autorizado e ingrediente acima da do LMR.

Os resultados do monitoramento da qualidade de produtos subsidiam o planejamento e execução de programas de fiscalização, como, também, o aprimoramento da legislação sanitária e a revisão de registro de produtos comercializados no âmbito do Estado, além de proporcionar à população a oferta de produtos de qualidade, o que protege a saúde de todos.

### **1.3.10.7. Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador**

#### **1.3.10.7.1. Vigilância em Saúde Ambiental**

##### **1.3.10.7.1.1. Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - Vigiagua**

A água destinada ao consumo da população deve ser tratada, pois, ela pode veicular uma quantidade muito grande de micro-organismos patogênicos, além de contaminantes químicos que podem gerar inúmeros problemas de saúde como intoxicações por agrotóxicos, metais pesados e doenças de transmissão hídrica, DTAs e DDA.

O VIGIAGUA tem como objetivo realizar a vigilância da qualidade da água para consumo humano, bem como detectar situações de risco à saúde, relacionadas ao seu consumo com base na Portaria 2914/2011 MS. Através do SISAGUA (Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano) é possível

manter um banco de dados com informações que auxiliem no gerenciamento de riscos à saúde associados à qualidade da água para consumo humano. Pelo monitoramento identificou-se 07 municípios com abastecimento de concessionárias sem tratamento, essa situação ainda ocorre pela resistência da gestão municipal em atender a Portaria e de carência de informação da população sobre a importância da portabilidade da água.

Em 2013 o Ministério da Saúde criou o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) com objetivo de alcançar maior adesão dos municípios e induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância da qualidade da água. Contudo pela análise do SISAGUA temos:

**Tabela 35: PQAVS (realizar, pelo menos, 90% (noventa por cento) do número de análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais).**

ANO	Quantidade de municípios que não atingiram 90% de análises obrigatórias
2014	177
2015	146

Fonte: SUVISA/SES-GO.

A análise dos dados do sistema mostra que municípios mais distantes dos Laboratórios de Referência, ou não realizam ou fazem de forma pontual o envio de amostra por problemas de transporte, enquanto em outros municípios observa-se a necessidade de priorização das ações pela gestão municipal. Alguns dos problemas identificados:

**Quadro 19: Problemas Identificados no Programa VIGIAGUA.**

Programa	Problemas Identificados
VIGIAGUA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotatividade e falta de técnico efetivo e disponível para as ações.</li> <li>- Internet para alimentação do sistema</li> <li>- Laboratório regional para facilitar a entrega de amostras de municípios distantes.</li> <li>- Entendimento da ação pelo gestor municipal</li> </ul>

Fonte: SUVISA/SES-GO.

#### **1.3.10.7.1.2. Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado e a Poluentes Atmosféricos - Vigisolo/Vigiar**

Áreas com população potencialmente exposta a contaminantes químicos presentes no solo, identificam a necessidade de realizar esse levantamento para priorizar as ações, para quatro atividades já preconizadas no Programa VIGISOLO e cadastradas no sistema SISOLO: postos de revenda de combustíveis, lixões, cemitérios e depósitos de endemias. No período de 2012 a 2015 foram identificadas 666 áreas de municípios do Estado, sendo 407 de postos de combustíveis e 149 de cemitérios, dentre outras.

Dentre as informações levantadas, vários postos de combustíveis se encontravam funcionando de forma inadequada, expondo a população a riscos diversos, em especial

ao benzeno, motivando a realização de projeto piloto voltado para os trabalhadores e a população e também a necessidade de produção de folders para orientar, tanto os frentistas quanto a população.

Outra via de exposição da população se dá através do ar pela presença de poluentes atmosféricos por contaminantes de diversas fontes instaladas nos municípios, as quais constituem um dos indicadores, além de dados de saúde de morbimortalidade, para priorizar municípios conforme o grau de risco, nas ações do Programa VIGIAR. O monitoramento de poluentes atmosféricos pelo órgão ambiental proporciona a manutenção de um banco de dados importante para avaliação de riscos, porém esse monitoramento é realizado em áreas restritas de poucos municípios.

Há a necessidade de implementar as ações dos Programas em 198 municípios de 15 Regionais de Saúde, para uma maior participação dos municípios quanto à identificação e levantamento dos riscos nas suas áreas de abrangência.

#### **1.3.10.7.1.3. Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos no Estado**

Considerando o perfil fortemente agrícola do Estado, colocado como o 6º Estado maior consumidor de agrotóxicos, representando um importante fator de risco para saúde da população, especialmente para a saúde dos trabalhadores e para o ambiente, foi elaborado o Plano de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos – VSPEA o qual foi apresentado em CIR de todas as Regiões do Estado e, aprovado na CIB através de Resolução. O VSPEA inclui ações de proteção e promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, análise de situação e monitoramento da saúde de populações expostas ou potencialmente expostas a agrotóxicos.

A análise das notificações por intoxicações exógenas pelos agrotóxicos no Estado, num período de 09 anos, aponta que somente 34 municípios registraram mais de 20 notificações, evidenciando situação de subnotificação dos casos de intoxicação por agrotóxicos.

Com o objetivo de divulgar o Plano, sensibilizar as equipes de saúde dos níveis Regional e Municipal e intensificar as ações de promoção e prevenção, foram realizadas oficinas nas Regionais de Saúde com a participação de técnicos das Regionais e dos municípios.

Por se tratar de questão que envolve outras áreas, faz-se necessário a integração com outras Instituições como a AGRODEFESA, Universidades, Ministério Público etc., para desenvolver ações conjuntas.

#### **1.3.10.7.1.4. Programa de Vigilância Relacionada aos Riscos Decorrentes de Desastres Naturais**

O Programa VIGIDESASTRES tem por objetivo desenvolver um conjunto de ações a serem adotadas, continuamente, pelas autoridades de saúde pública para reduzir a exposição da população e dos profissionais de saúde aos riscos decorrentes de desastres naturais e antrópicos e a redução das doenças e agravos decorrentes deles.

O Estado conta com 17.442 leitos de hospitais, sendo que segundo a



Organização Mundial de Saúde - OMS deveriam ser 19.832, outro dado é que temos possui um total de 1.255 leitos de UTIs porém deveriam ser 2.181 leitos.

Goiás é um estado de grandes dimensões com 246 municípios e muitas áreas sujeitas a enchentes, inundações, estiagens entre outros desastres naturais. Atualmente, segundo a Defesa Civil CBM-GO o Estado apresenta a seguinte tabela:

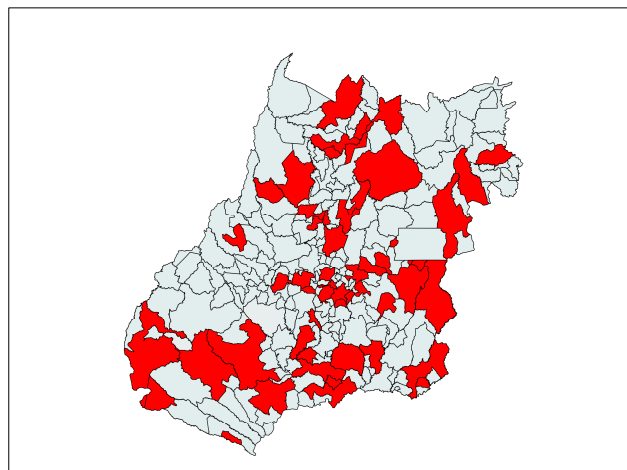
**Tabela 36: Eventos relacionados com chuvas: enchentes, alagamentos, enxurradas, inundações, deslizamentos e erosões. Goiás.**

<b>Total de Municípios com Áreas de Risco</b>	<b>59</b>
Total de Áreas	287
<b>Total de Moradias</b>	<b>3764</b>
Total de Adultos	9.443
<b>Total de Crianças</b>	<b>3.027</b>
Total de Pessoas	12.470

Fonte: SUVISA/SES-GO.

Além dessas 287 áreas de riscos, sujeitas a enchentes/inundações, o Estado possui uma grande quantidade de empresas e indústrias que utilizam produtos perigosos que percorrem, por rodovias, em todo Estado, dessa forma é grande o risco de acidentes com produtos perigosos.

**Figura 24: Municípios com rotas de alto risco de acidentes com produtos perigosos.**



Fonte: SUVISA/SES-GO.

Em virtude da falta de um plano, as ações de contingenciamento ocorrem, dentro das superintendências, de formas independentes e muito pouco articuladas. A partir de 2012 objetivando melhor articulação e eficiências nas ações de contingenciamento, o programa do Ministério da Saúde VIGIDESASTRES propôs para, o ano de 2012, a criação de um comitê inter e intra-institucional com o objetivo principal de elaborar um plano de ações de contingenciamento de forma articulada com todos os órgãos da SES e também outras Secretarias. Assim em 27 de janeiro deste ano, foi criado o Comitê Estadual de Saúde em Desastres Naturais-CESD, pela portaria 029/2012, com tarefa de

elaborar e implantar um plano de ações de contingenciamento para os desastres.

#### 1.3.10.7.1.5. Vigilância Ambiental de Vetores

O controle ambiental de vetores é feito baseado em diretrizes e normativas Federais e Estaduais para a realização de medidas de prevenção e controle de fatores e condições ambientais favoráveis à proliferação dos mesmos, como culicídeos, *triatomíneos*, *flebotomíneos*, *anofelinos*, etc., os quais estão relacionados a disseminação de doenças como Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela, Doença de Chagas, Leishmanioses, Malária, Mayaro, Febre Maculosa entre outras.

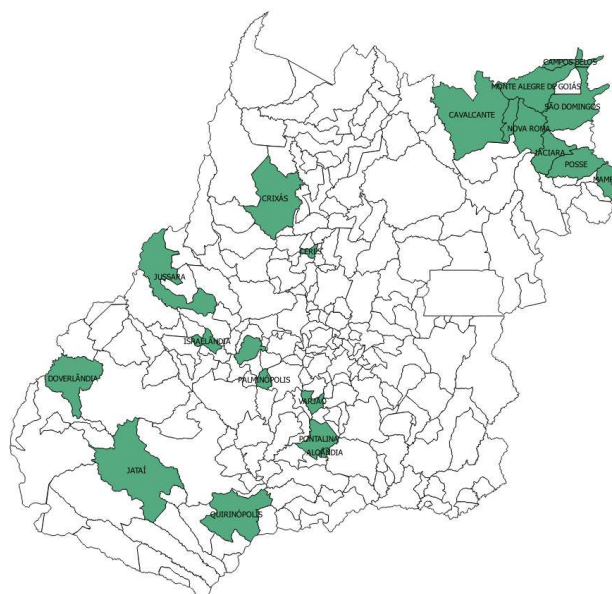
Até 2012, o trabalho de controle vetorial desenvolvido pela SES-GO esta vinculado a uma estrutura oriunda da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, que se chamava Núcleo de Apoio ao Controle de Endemias – NACE. Eram 04 NACE para tomar conta das ações em todo o Estado e, estes desenvolviam ações junto aos municípios desvinculadas das Regionais de Saúde e sem associação com os dados epidemiológicos.

Entre 2012 a 2015 a SES-GO desenvolveu ações e readequações na estrutura técnico-administrativa, onde as equipes que compunham os NACE foram agregadas nas 18 Regionais de Saúde e foram chamadas de equipes dos Centros de Referência de Combate e Controle de Endemias e Epidemias – CRECCEE, nome esse instituído no Plano de Governo 2011-2014.

Atualmente as ações de controle de endemias associadas a vetores nas Regionais de Saúde estão vinculada às Coordenações de Vigilância em Saúde e os trabalhos são integrados com a Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica. Essa proposta de trabalho integrada vem sem incentivada nos municípios, para que o trabalho seja o mais eficiente.

Entre 2012/2015 Goiás conseguiu estender de 45 municípios para 246 a realização de Levantamento Rápido de Índices para o *Aedes aegypti* – LIRAA; implantou em 246 municípios e 18 Regionais a distribuição de inseticidas via Sistema de Insumos Estratégicos em Saúde – SIES para controle total das entradas e saídas desses insumos, além de ter implementado em todas as Regionais de Saúde o acompanhamento das ações de campo dos municípios, através do Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue – SISPNCD. Soma-se a esses avanços a parte de normatização de algumas atividades: Elaboração de Notas Técnicas e Portaria estabelecendo critérios técnicos para uso de inseticidas, equipamentos de aspersão e ênfase no trabalho de manejo ambiental para controle do vetor *Aedes aegypti*. Normatização e capacitação de x profissionais Regionais e Municipais para desenvolvimento dos trabalhos de monitoramento de triatomíneos em Goiás conforme mapa.

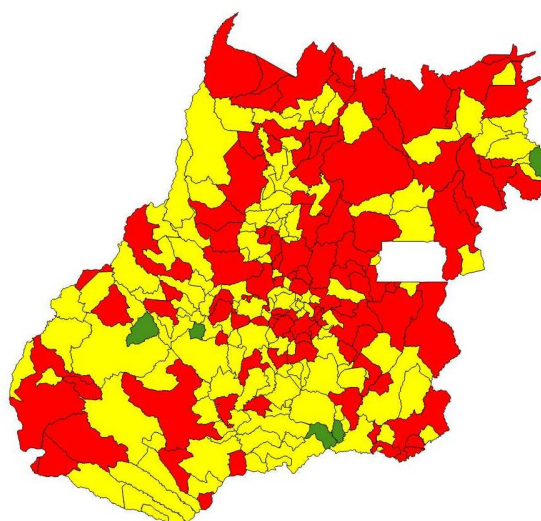
**Figura 25: Mapa de Normatização e capacitação de profissionais Regionais e Municipais para desenvolvimento dos trabalhos de monitoramento de triatomíneos em Goiás.**



Fonte: SUVISA/SES-GO.

Implantação de estratificação voltada para os municípios prioritários para controle de flebotomíneos, com base em série histórica dos últimos anos conforme figura abaixo.

**Figura 26: Implantação de estratificação voltada para os municípios prioritários para controle de flebotomíneos.**



Fonte: SUVISA/SES-GO.

Além dessas ações foram feitos grande investimentos para estruturação da capacidade estadual de respostas às epidemias, com aquisição de equipamentos de combate aos vetores: aquisição de 25 UBVs veiculares, 650 bombas costais motorizadas,

500 bombas costais manuais, 03 caminhões para distribuição de inseticidas, 33 pick-up para trabalhos de supervisão e assessoria nos municípios. Assim, todas as Regionais de Saúde possuem proporcionalmente à população e número de imóveis, quantitativo de equipamentos e veículos de enfrentamento aos vetores para apoio e execução complementar aos municípios.

Um grande avanço na área de controle vetorial foi a gestão racional, dos últimos 2 anos, em relação ao uso de inseticidas. O exemplo mais claro foi no controle do *Aedes aegypti*, onde período de 2013-2015 foi destinado aos municípios o montante de inseticidas, suficiente para bloqueio dos casos suspeitos de dengue nas respectivas porcentagens: 152%, 105% e 40% em 2015 (Sistema de Insumos Estratégicos – SIES/Planilha Paralela – GVEDT).

Além das questões operacionais, existem grandes lacunas no trabalho de controle vetorial, os quais deverão ser priorizados entre eles destacam-se: Melhoria na qualidade das visitas domiciliares dos Agentes de Combate às Endemias, o trabalho de fiscalização e inspeção sanitária nos pontos estratégicos (borracharias, ferros velhos etc.), o trabalho integrado com os Agentes Comunitários de Saúde, o frágil monitoramento entomológico. Esses aspectos serão tratados nos projetos prioritários da área de controle de vetores: Qualificação de visitas e bloqueios; Bloqueios de casos conforme densidade populacional e por último um projeto de inovação e pesquisa, sobre monitoramento da densidade vetorial na forma alada do *Aedes aegypti*, através de armadilhas.

#### 1.3.10.7.2. Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador na Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa) está constituída pela Coordenação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST Estadual) e pela Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador (CVSAT), inseridos na Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. O CEREST Estadual e a CVSAT, desenvolvem em conjunto ações de caráter preventivo e transformador, intervindo nas condições de trabalho, promovendo uma redução significativa dos riscos, doenças e agravos relacionados à saúde do trabalhador.

No ano de 2012 institui-se a Política Estadual em Saúde do Trabalhador (PEST) orientando as ações de normatização, fiscalização, controle, avaliação, monitoramento e qualificação dos serviços de Saúde do Trabalhador do Estado de Goiás.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador atua com objetivo de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores que determinam e condicionam os agravos, doenças e riscos relacionados à saúde, aos processos, condições e ambientes de trabalho. Dentre os problemas identificados na área, ressalta-se que ações de fiscalização, vigilância, monitoramento e avaliação são realizadas de maneira pontual, o que dificulta o desenvolvimento de estratégias mais eficazes na implementação da Vigilância em Saúde do trabalhador nos municípios.

O Estado de Goiás conta com seis CERESTs Regionais implantados, os quais apresentam limitações referentes ao uso adequado do recurso, vínculo precário e rotatividade dos profissionais e a desproporcionalidade da área de abrangência. Esses

fatores interferem diretamente no desenvolvimento das ações em Saúde do Trabalhador nos Municípios e refletem outro entrave que a área enfrenta: o de consolidar a autonomia do município em suas ações e serviços, como preconiza o princípio do SUS da descentralização, na interface entre o município e as instâncias que o apoiam.

O desconhecimento dos profissionais de saúde e gestores, a falta de priorização da área de saúde do trabalhador, tanto na formulação quanto na execução das políticas públicas de saúde e a participação incipiente do controle social representam um grande desafio para a implementação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador.

Dentre os agravos em Saúde do Trabalhador, a intoxicação exógena representa uma preocupação para a área de Vigilância, uma vez que a exposição constante dos trabalhadores a agentes químicos como benzeno, amianto e agrotóxico no Estado de Goiás ainda é muito significativa. Esse fator se agrava com as lacunas apresentadas pela assistência no atendimento dos trabalhadores intoxicados.

A Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador ainda é um obstáculo significativo para o CEREST, uma vez que, apesar da rede de acidentes com exposição a material biológico ter sido reestruturada recentemente, encontra-se ainda empecilhos na reestruturação das demais redes, o que dificulta o atendimento aos trabalhadores e resulta na expressiva subnotificação dos agravos e doenças relacionados ao trabalho.

No intuito de minimizar essas fragilidades à área de Saúde do Trabalhador realizou o estudo locorregional dos agravos em Saúde do Trabalhador no Estado de Goiás, onde foi realizado a caracterização do território, da população geral, da população trabalhadora, do perfil produtivo e dos potenciais riscos à saúde do trabalhador no território. Após análise e exposição dialogada, ficaram evidente que as áreas de frigorífico, construção civil e serviços de saúde são as que apresentam maiores índices de agravos relacionados à saúde dos trabalhadores, o que nos faz pensar em estratégias de vigilância para estas áreas.

O CEREST em atuação conjunta com a Vigilância Ambiental tem elaborado projetos para o enfrentamento das demandas por intoxicação e exposição aos agentes químicos. Concomitante a essas ações, a reestruturação da rede sentinela tem sido articulada junto às instâncias de saúde para fortalecer e otimizar o acesso da população ao atendimento.

Os dados e as discussões levantadas irão subsidiar o processo de tomada de decisão para o desenvolvimento de estratégias em ações de Saúde do Trabalhador com racionalidade do trabalho; o monitoramento e vigilância da situação de saúde dos trabalhadores no território, bem como propiciar um direcionamento do trabalho, com otimização de recursos e efetividade nas ações. Outra linha de trabalho será a capacitação na análise de situação de saúde, o que irá propiciar ao município a capacidade de realizar seu próprio diagnóstico.

Ainda nas linhas de ação, a Saúde do Trabalhador em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Universidade Federal de Goiás (UFG) articula a construção do Fórum Intersindical de Saúde, Trabalho e Direito, como um exercício de cidadania, para fomentar as discussões e ações em Saúde do Trabalhador, com as diversas instâncias sociais.

Essas ferramentas estratégicas visam contribuir com o processo de

descentralização, superar a pulverização das ações e direcionar os projetos, as fiscalizações e as intervenções na área de Saúde do Trabalhador no Estado de Goiás.

### 1.3.10.8 Laboratório Central de Goiás

O Laboratório de Referência Estadual – LACEN/GO é partícipe da Rede Nacional de Laboratórios, cuja competência é a coordenação da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse de Vigilância em Saúde, controle de qualidade analítica, procedimentos de maior complexidade como complemento de diagnóstico, além da promoção de capacitação de recursos humanos e a prestação das informações relativas às atividades laboratoriais para os gestores nacionais.

O diagnóstico e monitoramento de doenças de notificação compulsória, a vigilância de doenças transmissíveis e saúde do trabalhador, da água para consumo humano e diálises, monitoramento de resíduos e contaminantes em amostras ambientais e o monitoramento da qualidade de produtos e serviços expostos à população fazem parte do escopo deste Laboratório e exigem respostas muito rápidas, dado à grande exposição a fatores ambientais, biológicos, químicos e físicos a que a mesma se submete cotidianamente.

Procedimentos de alta complexidade para diagnósticos e acompanhamento são demandados rotineiramente ao LACEN/GO, como os casos de DST/AIDS, Hepatites Virais, contagem de células TCD4, TCD8 e TCD45, dentre outros. No âmbito da genética, o LAGENE – Laboratório de Citogenética Humana e Genética Molecular realizam exames de vínculo genético, cariótipos de sangue periférico e de medula óssea, além de aconselhamento genético. A partir de 2014, o LACEN/GO passou ser a referência também para o diagnóstico de micoses sistêmicas no Estado.

Por outro lado, o LACEN-GO conta com serviços especializados e diferenciados no monitoramento da qualidade de produtos sujeitos ao controle sanitário e ambiental. O monitoramento apresenta-se como um instrumento valioso nas ações de vigilância sanitária para identificar risco iminente ou virtual de agravos e, para garantia da qualidade de produtos que devem ser objetos de verificações periódicas das características originais averbadas no registro. Por meio de análises laboratoriais, a Coordenação de Produtos e Ambiente do LACEN-GO monitora a qualidade de alimentos, água, medicamentos, cosméticos, saneantes e outros produtos sujeitos à vigilância sanitária, ambiental e à saúde do trabalhador.

Os ensaios de monitoramento de qualidade realizados na Coordenação de Produtos e Ambiente têm por objetivo avaliar as características físicas, químicas, toxicológicas e microbiológicas de produtos acabados.

No contexto atual de Saúde Pública vivencia-se a introdução de doenças emergentes e reemergentes que demandam diagnósticos laboratoriais, investigação e monitoramento. O LACEN/GO realiza o monitoramento epidemiológico do vírus Dengue, identificando os quatro sorotipos virais (*DENV-1*, *DENV-2*, *DENV-3* e *DENV-4*), por meio da técnica PCR em Tempo Real e Isolamento Viral, e, diagnóstico de Influenza utilizando a metodologia PCR em Tempo Real com o objetivo de identificar os vírus Influenza A *H1N1* pandêmico, *Influenza AH3 sazonal*, *Influenza AH1 sazonal* e *Influenza “B”*, além

da implantação da técnica de Biologia Molecular para Zika Vírus e Chikungunya, e ainda a ampliação das frentes de trabalho como preparação para a entrada de novos vírus no país.

Outro importante fator, dentro do escopo do Laboratório, são os diagnósticos diferenciais das doenças exantemáticas, necessários para classificar, adequadamente os casos suspeitos de sarampo e rubéola e determinar outros vírus que circulam no país e que cursam com febre e exantema como dengue, parvovírus B19 e Herpes vírus tipo 6 (HHV-6). Será implantado o diagnóstico do Herpes vírus tipo 1 e tipo 2.

A atuação do LACEN/GO está também voltada para a ampliação dos diagnósticos sorológicos das doenças de notificação compulsória, monitoramento das doenças diarreicas agudas causadas por diferentes agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitos), diagnósticos e monitoramentos de bactérias multirresistentes e, ainda, na preparação do laboratório para as respostas às investigações dos casos de microcefalia por Zika vírus no Estado.

O histórico dos casos notificados de Dengue no Estado de Goiás, segundo o Sinan, subiu de 124.764 casos em 2014, para 189.421 casos em 2015. Destacam-se os diagnósticos laboratoriais realizados no LACEN/GO para Dengue que também sofreram elevação nos mesmos percentuais. Segundo dados do LACEN/GO obtidos pelo GAL – Gerenciador de Ambiente Laboratorial, os exames passaram de 16.325 no ano de 2014 para 19.310 no ano de 2015, atendendo as recomendações do Manual do Ministério da Saúde sobre a doença.

No campo da Entomologia, o LACEN/GO vem fornecendo os dados às vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental para predição de riscos e prevenção da ocorrência de doenças transmitidas por vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos, participando da definição das estratégias de controle, monitoramento e avaliação dessas medidas.

Desta forma, o LACEN/GO vem ampliando a sua capacidade operacional e capital humano para a consolidação das novas metodologias fundamentadas nas necessidades das políticas de saúde vigentes e no fornecimento de evidências para o monitoramento das mesmas.

Não obstante, dois fatores exigem soluções rápidas e ações diretas para a consolidação dos objetivos essenciais do LACEN/GO de prover o desenvolvimento, a captação, a incorporação e o repasse de tecnologias para a rede estadual, a padronização de novas técnicas e o controle de qualidade, visando à eficiência, à eficácia e à efetividade do Sistema.

O primeiro fator trata da completa inadequação da estrutura física atual do Laboratório. As áreas de trabalho estão incompatíveis com o volume de trabalho, as redes física e lógica subdimensionadas e, há a necessidade urgente de alocação de um suporte financeiro necessário à adequação da área física e à edificação da unidade e aquisição de equipamentos, de forma a abrigar as novas fontes de trabalho, bem como de manutenção dos insumos críticos.

O outro fator crítico para a consecução dos objetivos do Laboratório e para a garantia da qualidade e humanização dos serviços prestados está no fato de haver uma grande distância entre pólos regionais e a Sede em Goiânia. Há uma demanda que

considera-se de fundamental importância que é a necessidade de criação dos Laboratórios Macrorregionais de Referência – áreas específicas de Entomologia, Tuberculose, Hanseníase, Virologia e procedimentos laboratoriais de alta complexidade: Carga Viral e contagem de TCD4/TCD8 e TCD45 (HIV), (Citometria de fluxo), etc.

## 1.4 GESTÃO EM SAÚDE

### 1.4.1 Organização Administrativa da SES

A Secretaria de Estado da Saúde é composta, em sua estrutura básica, por seis Superintendências, sendo elas: Executiva (SUPEX); Gestão, Planejamento e Finanças (SGPF); Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS); Vigilância em Saúde (SUvisa); Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SEST-SUS); Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde (SCAGES).

No ano de 2015, ocorreu alteração na estrutura administrativa, com a instituição da Lei 18.746/2014, o que ocasionou a redução do número de Gerências e Superintendências. Assim, fazem parte da sua estrutura complementar, 28 gerências e, constituindo a estrutura complementar descentralizada, a SES tem sob a sua vinculação 09 Gerências de Unidades Regionais. Com esta alteração, as atribuições gerenciais ficaram mais complexas, devido ao aumento de responsabilidades sob a coordenação de uma mesma estrutura.

A SES possui Unidades Assistenciais de Saúde gerenciadas, tanto diretamente, quanto por Organizações Sociais. No decorrer da execução do Plano de Saúde 2012/2015 verificou-se um aumento significativo nos resultados na mudança de gestão, tendência a continuar no período de 2016/2019, visto que os resultados alcançados têm sido promissores. Descreve-se abaixo a relação de Unidades:

**Quadro 20: Unidades Assistenciais de Saúde SES-GO.**

Hospitais	Gerenciamento	Centrais	Gerenciamento
Hospital Alberto Rassi - HGG	OSs	Medicamentos de Alto Custo - CMAC	SES
Dermatologia Sanitária - HDS	OSs	Central de Odontologia	SES
Doenças Tropicais - HDT	OSs	Central de Transplantes	SES
Medicina Alternativa - HMA	SES	<b>Outras Unidades</b>	<b>Gerenciamento</b>
Urgências de Anápolis - HUHS	OSs	Maternidade Nossa Senhora de Lourdes	OSs
Urgências de Aparecida de Goiânia - HUAPA	OSs	Centro de Assistência aos Radioacidentados - C.A.R.A	SES
Urgências de Goiânia - HUGO	OSs	Centro de Atenção Psicossocial e Infância Juvenil - CAPSI	SES
Urgências de Goiânia - HUGOL	OSs	Laboratório Central - LACEN	SES
Urgências da Região Sudoeste - HURSO	OSs	Hemocentro - HEMOGO	SES
Estadual de Pirenópolis	OSs	Creche Cantinho Feliz	SES
Materno Infantil - HMI	OSs	CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo	OSs
Hospital de Urgências de Trindade - HUTRIN	OSs	Centro de Referência em Dependência Clínica – CREDEQ Aparecida de Goiânia	OSs

Fonte: SCAGES/SES-GO.



Um problema enfrentado pela SES, ainda, é a necessidade de aquisição ou construção de um imóvel que comporte as suas Unidades Administrativas.

Destaca-se em sua estrutura a existência de dois órgãos colegiados: O Conselho Estadual de Saúde (CES) e a Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

A Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde – SCAGES é destacada no item abaixo, por ser resultado da fusão recente de duas Superintendências.

#### 1.4.1.1 Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde – SCAGES

No ano de 2014, com a reforma administrativa instituída através da Lei Estadual nº 18.746/2014, a Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde SUNAS e a Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde- SCATS foram fundidas surgindo a Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde – SCAGES; com a seguinte estrutura: Gerência da Central de Transplantes de Goiás, Gerência de Engenharia Clínica, Gerência de Auditoria e Processamento da Informação, Gerência de Regulação e Gerência de Acompanhamento e Fiscalização de Contratos de Gestão.

A Superintendência de Controle e Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde - SCAGES foi criada em janeiro do corrente ano e deve empreender para assumir as responsabilidades de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS para garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução dos seus problemas de saúde otimizando os recursos disponíveis e reorganizando a assistência de modo a favorecer a mudança do perfil de saúde da população, e ainda, responsabilidades de desenvolver instrumentos para viabilizar novas tecnologias para o bom desempenho das Unidades Estaduais de Saúde.

Quanto as suas responsabilidades: de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, um breve histórico, a seguir:

**Regulação:** Função de fortalecimento da capacidade de gestão que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas. A regulação da assistência tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integridade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (NOAS 01/02), pressupondo:

- Organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços do Sistema Único de Saúde em tempo oportuno;
- Oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando a disponibilidade assistencial do momento;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Subsidiar o processo de controle e avaliação;
- Subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada – PPI.

**Controle** - é um processo que consiste no monitoramento de processos relacionados à prestação de serviços de saúde ao SUS, bem como a identificação dos usuários que recebem esse serviço prestado para verificar conformidade dos padrões estabelecidos e detectar situações de alarme que requeiram uma ação avaliativa detalhada e profunda.

Esse monitoramento se dá por meio de supervisão contínua que se faz para verificar se o processo de execução de uma ação está em conformidade com o que foi regulamentado, para conferir se algo está sendo cumprido conforme um parâmetro próximo ao que foi pré-fixado, se está ou não ocorrendo extrapolações de limites físicos e financeiros.

O Controle pode dar de forma antecipada, concomitantemente ou subsequentemente ao processo de execução as atividades, como: controle e acompanhamento da relação entre programação / produção / faturamento; acompanhamento dos contratos / convênios / pcep celebrados entre os gestores e os prestadores de serviços de saúde; acompanhamento dos sistemas de saúde (SCNES, SIA/SUS, DEPARA, SIH/SUS, FPO, CIHA, SGIF, SISPP/PGASS), bem como, a operacionalização do TABNET, TABWIN e TABCNES. Esses sistemas são utilizados para cadastramento de estabelecimentos de saúde, cadastramento de usuários do SUS, processar a produção dos prestadores de serviços de saúde, alimentar os sistemas do SUS.

Além das funções acima citadas, a SCAGES ainda executa, por meio de cooperação técnica com os municípios, capacitações e treinamentos dos técnicos para operacionalização dos sistemas.

A dificuldade dessa função é a fragilidade do processo de Controle do SUS pelo fato do Plano Diretor de Regionalização e Investimento estar desatualizado; Morosidade na implantação das etapas da PGASS; Redes de atenção em constantes revisões sem finalização; processo de contratualização de prestadores deficitário nas gestões municipais; Deficiente gestão financeira nas Secretarias Municipais de Saúde e a falta de definição de um sistema permanente e único do Cartão SUS.

**Avaliação** - é um conjunto de ações que permitem emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo e sendo observado a partir de um parâmetro (ótimo, desejável, preceito legal etc), é uma medida de aprovação ou desaprovação. Assim a avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria e planejamento para se melhorar desempenhos e qualificar as ações (BRASIL, 2006).

É a identificação quantitativa e qualificativa dos resultados (impactos) obtidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS em relação aos objetivos fixados nos programas de saúde e na adequação aos parâmetros de qualidade, resolutividade, eficiência e eficácia estabelecidos pelos órgãos competentes do SUS, como: avaliação da produção em relação à qualidade dos serviços produzidos; avaliação da satisfação dos usuários com o atendimento recebido, avaliação de resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população. O Ministério lançou programas de avaliação pontuais: PNASH / PNASH PSIQUIATRIA / PNASS.

A dificuldade é que o processo de avaliação à Saúde (Atenção Básica, Média e

Alta Complexidade, Atenção) atualmente está inoperante.

Auditoria é o exame sistemático e independente dos fatos pela observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas de uma atividade, elemento ou sistema para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas.

A Auditoria, por meio da análise e verificação operativa, possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva / corretiva / saneadora. Tem como objetivo último propiciar ao Gestor do SUS informações necessárias ao exercício de um controle efetivo e contribuir para o planejamento e aperfeiçoamento das ações de saúde. As ações da auditoria do SUS são capazes de tecnicamente identificarem e apontarem irregularidades e inconformidades na gestão frente às normas do sistema e demais bases legais do direito público. Estas ações buscam atender a efetividade das políticas públicas praticadas, qualificando a gestão, possibilitando as condições técnicas para que os gestores de saúde cumpram as suas missões e, por extensão, que os recursos públicos destinados ao financiamento destas políticas sejam cada vez mais otimizados. Desta maneira evitar-se-á a duplicidade de ações e o desperdício do dinheiro público, obedecendo ao princípio da economicidade e pautando, permanentemente, a conduta do agente público responsável pela gestão do sistema de saúde, na probidade, na moralidade e na ética no trato da coisa pública.

As ações de auditoria no Estado de Goiás estão prejudicadas pela falta de programação de Auditoria voltada para resultados, falta de fluxos para acompanhamento dos relatórios de auditorias e supervisionar o saneamento das não conformidades apontadas, devido ao reduzido número de auditores, nas diversas áreas, no nível central e nas regionais de saúde e ainda a falta de capacitações permanentes de auditoria.

**Programação Pactuada e Integrada** - PPI, é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS pela Norma Operacional Básica de 1996 - NOB 1996 que propôs como estratégia para a ampliação do acesso, a construção de redes regionais orientadas por programações pactuadas e integradas. Em consonância com o processo de planejamento são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para a garantia de acesso da população aos serviços de saúde. A PPI objetiva a equidade no acesso às ações/serviços em todos os níveis de complexidade; alocação de recursos para o financiamento da assistência pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população; limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade, compostos por parcela destinada ao atendimento da população própria e pela parcela das referências recebidas de outros municípios (BRASIL, 2006). O Sistema da Programação Pactuada e Integrada - SISPPPI foi implantado no Estado de Goiás no ano de 2005, é um sistema de programações e pactuações intermunicipais.

Com a publicação do Decreto nº 7508/2011 as novas pactuações ganham caráter regional, devendo ser realizadas entre entes federativos que fazem parte da região de saúde, sendo que só ocorrerá pactuações com outras regiões de saúde quando não houver serviço disponível dentro da sua região. A oferta da atenção regionalizada deve ser conformada em redes para a garantia do cuidado integral, para essas novas

pactuações e programações o SISPPPI encontra-se desatualizado.

O Ministério da Saúde, frente ao novo desafio das programações regionais, construiu um Sistema, atualmente, denominado Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde - PGASS, instrumento de planejamento da saúde, consistindo em um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde desenvolvidos no âmbito regional. Possui articulação com a Programação Anual de Saúde - PAS de cada ente presente na região, dando visibilidade aos objetivos e metas estabelecidas no processo de planejamento regional integrado, bem como os fluxos de referência e contrarreferência para sua execução.

A PGASS é constituída de quatro etapas, primeira etapa - Planos Municipais de Saúde, segunda etapa - PDRI, terceira etapa - definição dos pontos de atenção regionalizado nas redes de atenção à saúde e quarta e última etapa - a programação orçamentária nos pontos (serviços) definidos para atendimento aos usuários do SUS. A PGASS abrange as ações de assistência à saúde, de promoção, de vigilância em saúde e de assistência farmacêutica. A partir da programação ocorre a identificação e priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013b).

O Grande desafio é a implantação da PGASS no Estado de Goiás devido a dificuldade de executar, principalmente a primeira etapa - Plano Municipal de Saúde.

#### **1.4.1.1.1 Unidades próprias em Gestão Direta**

A Coordenação de Atenção à Saúde - COAS pertencente à Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde – SCAGES tem como atribuição realizar a avaliação da assistência à saúde, auxiliando na implantação da política de saúde da rede estadual das unidades que estão sob gestão direta da SES/GO. Possui a Subcoordenação de Padronização dos Protocolos Clínicos e a Subcoordenação de Gerenciamento das Unidades de Saúde.

Atualmente, a COAS tem como atribuições: acompanhar as atividades de assistência à saúde das Unidades de Saúde, sob gestão direta da SES/GO: Hemocentro de Goiás – HEMOGO, Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil do Estado de Goiás- CAPSI, Central de Odontologia de Goiânia - COG, Central de Medicamentos de Alto Custo - CMAC, Centro de Assistência de Radioacidentados Leide das Neves Ferreira – CARA, Creche Cantinho Feliz, Hospital de Medicina Alternativa- HMA, auxiliar na implantação das políticas de saúde, auxiliar na implantação dos protocolos clínicos de cuidados à saúde, realizar a padronização de insumos: correlatos, medicamentos químicos, laboratoriais, odontológicos e de nutrição, elaborar a solicitação de bens e serviços- SBS, cadastrar os produtos no Comprasnet, participar dos grupos condutores da política de saúde no SUS.

O HEMOCENTRO é uma Unidade da Secretaria de Saúde coordenadora da Política Estadual do Sangue e, conseqüentemente, da Hemorrede, bem como responsável pelo cadastramento de doadores de medula óssea (REDOME) no Estado de Goiás.

A Rede Pública de Sangue no Estado conta com o Hemocentro enquanto coordenador da Hemorrede no âmbito estadual, com 04 hemocentros regionais; 06 unidades de coleta e transfusão; 18 agências transfusionais que atendem 194 serviços de assistência hemoterápica implantados, distribuídos da seguinte forma:

- 01 Hemocentro Coordenador – SES - Goiânia;
- 04 Hemocentros Regionais - HR's: Catalão, Ceres, Jataí e Rio Verde;
- 06 Unidades de Coleta e Transfusão - UCT's: Formosa, Iporá, Porangatu, Quirinópolis, Hospital das Clínicas HC/UFG/Goiânia e Hospital de Urgências Dr. Otávio Lage de Siqueira - HUGOL/Goiânia;
- 02 Unidades de Coleta – UC's: Unidades Móveis;
- 18 Agências Transfusionais - AT's: Anápolis (Hospital de Urgências- HUHS), Aparecida de Goiânia (Hospital de Urgências-HUAPA), Caldas Novas, Campos Belos, Goiânia (Hospital Geral de Goiânia-HGG, Hospital de Urgências de Goiânia-HUGO, Hospital de Doenças Tropicais-HDT e Maternidade Dona Iris-MDI), Goiatuba, Itapuranga, Jaraguá, Minaçu, Mineiros, Morrinhos, Niquelândia, Pontalina, Pires do Rio e Santa Helena (Hospital de Urgências da Região Sudoeste-HURSO).

Os exames realizados são: Tipagem sanguínea, fator RH e os exames sorológicos para hepatite B, hepatite C, AIDS/SIDA, doença de Chagas, sífilis e HTLV I/II e ácido nucleico-NAT, sendo que no Hemocentro Coordenador-Goiânia é realizada a sorologia de toda a Hemorrede Pública do Estado de Goiás, exceto o NAT, que é realizado na Fundação Hemocentro de Brasília.

Considerando a estatística referente ao ano de 2015, quando comparada à do ano anterior, percebe-se que houve uma pequena queda do número de candidatos à doação de sangue e de bolsas coletadas em comparação ao ano anterior, podendo ser justificada pela abertura da Unidade de Coleta e Transfusão do Hospital de Urgências Dr. Otávio Lage de Siqueira - HUGOL. Em relação aos candidatos doadores de medula, houve queda de 28% no número de cadastros, devido ao teto definido para o Estado pelo Ministério da Saúde, mas por outro lado, houve a convocação de 54 candidatos à doação de medula para 2ª fase (verificação de possível compatibilidade com pacientes).

**Tabela 37: Principais procedimentos da Hemorrede Pública do Estado de Goiás.**

Principais procedimentos	Quantitativo anual			
	2012	2013	2014	2015
Consulta Médica – Hematologista	8.207	7.518	6.248	6.763
Candidatos à doação de sangue	32.324	33.642	31.416	31.636
Coleta de Sangue para transfusão	22.195	23.419	22.728	21.933
Coleta de sangue para exames de histocompatibilidade - Medula Óssea	17.585	8.404	17.086	15.888
Sorologia do doador de sangue*	41.014	51.308	50.127	51.991

**Fonte: Hemocentro Coordenador-Goiânia.**

\* No Hemocentro Coordenador-Goiânia é realizada a sorologia de toda a Hemorrede Pública do Estado de Goiás.

Quanto as Unidades filantrópicas e privadas, hoje, existem, 07 núcleos de hemoterapia em Goiânia; 06 no interior; 03 agências transfusionais e uma central de triagem laboratorial de doadores que atendem 76 serviços de assistência hemoterápicos.

Não houve avanços, nos últimos quatro anos, na expansão da rede, bem como a melhoria da qualidade das já existentes. Das 07 (sete) unidades previstas para serem abertas para coleta e transfusão, apenas duas foram implantadas (HUGOL e Caldas Novas).

O mesmo pode ser constatado a respeito da Política do Sangue para o Estado de Goiás que a última versão consta de 2003.

Nos últimos quatro anos não ocorreram às avaliações dos serviços na perspectiva de melhorias e ampliação. O Hemocentro encontra-se sem infraestrutura adequada para o gerenciamento da política estadual do sangue.

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil do Estado de Goiás - CAPSi – A modulação do Centro Integrado Médico Psicopedagógico - CIMP em CAPSi Estadual foi proposta de acordo com a Resolução nº 002/2014 – Comissão Intergestores, Regional Central em 25/02/2014: “Art. 11-Modular o CIMP em CAPSi Estadual em Goiânia para integrar a Rede de Atenção Psicossocial da Região Central, cujo atendimento dar-se-á de forma regionalizada e pactuada para atender 01 (um) Distrito sanitário em Goiânia e matriciar todos os municípios da Região Central”.

A adequação do CIMP em um CAPSi Estadual configura um passo importante para a consolidação da implantação de pontos de atenção da rede psicossocial do Estado de Goiás, atende atualmente 154 dos 246 municípios (62,6%), o que justifica sua adequação a CAPSi visto que há uma crescente demanda de pacientes com transtornos mentais graves. Até o momento, o CAPSi ainda está em fase de modulação, e conta com uma equipe multiprofissional nas seguintes áreas: Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Neurologia e Administrativa.

A Central de Odontologia de Goiânia presta serviços odontológicos especializados para a população do Estado de Goiás. Atualmente a Unidade encontra-se em reforma, onde o funcionamento foi adaptado a um espaço restrito. Estão em funcionamento quatro consultórios e salas necessárias à parte administrativa e ao atendimento dos pacientes. Possui os seguintes programas: Periodontia, Endodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Prevenção de Câncer Bucal, Dentística Especializada, Prótese, Ortodontia Preventiva e Corretiva, Reabilitação Neuro Oclusal, Programa ao Atendimento de Portador de Necessidade Especializada e o serviço de Laboratório de Prótese Dentária.

A Central de medicamentos de alto custo - CMAC – Juarez Barbosa - Em setembro de 2013, foi inaugurada a nova sede que possibilitou melhorar a gestão no processo de trabalho, aumentar a capacidade de armazenamento de medicamentos, planejar as aquisições adequadamente, de forma a manter a Unidade 100% abastecida, com todas as apresentações padronizadas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF. O CEAF envolve um grupo de ações desenvolvidas de forma

articulada pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, para garantir o financiamento e execução dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas de Doenças Crônicas e Raras e, conseqüentemente, o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos referidos agravos. Seu financiamento e execução são normatizados pela Portaria 1.554 de 30 de julho de 2013.

O Centro de Assistência aos Radioacidentados - C.A.R.A - Antiga Fundação Leide das Neves Ferreira, tem como objetivo atender as vítimas do Césio 137, cumpre o seu papel de atendimento médico ambulatorial a essas vítimas onde, em dezembro de 2015, estavam cadastradas 1.091 pessoas, destes apenas 160 são vítimas diretas do Césio 137 e aproximadamente 30 possuem lesões decorrentes do acidente.

A Creche Cantinho Feliz atende exclusivamente filhos de servidores da SES/GO, independente do tipo de contrato: efetivo, temporário, comissionado ou de outras secretarias à disposição, desde que o ônus seja para a SES/GO. A creche atenderá ainda crianças que estejam sob a responsabilidade legal do servidor em exercício na SES/GO, comprovada guarda legal. A unidade tem por finalidade atender crianças de 04/06 meses a 03 anos e 11 meses de idade, proporcionando-lhes o desenvolvimento integral em seus aspectos: físico, motor, cognitivo, psicológico, afetivo, emocional, linguístico, étnico, cultural e social, complementando a ação da família e da comunidade. No quadriênio 2012-2015, o maior objetivo da Creche Cantinho Feliz era a construção ou locação de imóvel para a nova sede, a fim de atender toda a demanda reprimida. Atualmente, a unidade está com um déficit de profissionais como, pedagogos, educador físico, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, auxiliar em educação.

O Centro de Referência em Medicina Integrativa e Complementar – CREMIC (antigo HMA) é uma das unidades pioneiras no Brasil a inspirar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde e, uma das grandes referências nesta área no país. São Áreas de atuação da unidade: Ensino e Pesquisa; Horto de Plantas Medicinais, Farmácia de Manipulação, Homeopatia contra a Dengue e práticas integrativas, incluindo as técnicas Ayurvédicas, tais como abhyanga, shirodhara, shantala, entre outras. Para o Quadriênio 2016-2019 é necessário a continuidade de investimentos, nas seguintes ações:

- Realizar cursos de educação continuada em Fitoterapia e Ayurveda;
- Realizar Projetos de pesquisa clínica em Fitoterapia, acupuntura, homeopatia e práticas integrativas;
- Retomar o cultivo de plantas medicinais para produção (pelo menos 10 espécies de plantas medicinais), utilizando recursos do Ministério da Saúde já disponibilizados no Fundo Estadual de Saúde desde 2013;
- Retomar a manipulação de fitoterápicos com ênfase na produção de tinturas fitoterápicas;
- Ampliar a produção de fitoterápicos;
- Ampliar e descentralizar a campanha estadual da homeopatia contra a dengue em Goiás;
- Ampliar os serviços ambulatoriais de práticas integrativas, incluindo as técnicas Ayurvédicas, tais como abhyanga, shirodhara, shantala, entre outras.

### 1.4.2 Contratos de Gestão das Unidades Hospitalares - OS's

O modelo de gerenciamento por Organização Social – OS passou a ser a alternativa viável para a SES/GO, objetivando a melhoria na assistência médico-hospitalar. Parte-se do pressuposto de que, ao se trazer um ente público não estatal com notório conhecimento e tecnologia para o gerenciamento hospitalar, se ganha em qualidade no atendimento final aos usuários do SUS, uma vez que a Organização Social deverá alcançar as metas impostas pela administração direta no contrato de Gestão. No mesmo compasso, a SES/GO passa a dedicar seus esforços para suas atribuições essenciais.

#### 1.4.2.1 Conflitos e desafios enfrentados na contratação de terceiros

Para implantar e implementar a mudança de gerenciamento das Unidades de Saúde da Rede Própria da SES/GO, e promover e garantir a qualidade dos serviços prestados naquelas unidades, a Secretaria enfrentou muitos conflitos e desafios, tais como;

- Resistência de ordem ideológica (alegações equivocadas de terceirização, desmonte do Estado, etc.) e de caráter corporativista (contrariedade ao modelo por parte de servidores públicos).
- Resistências por parte do Ministério Público e do Tribunal de Contas do Estado, por meio da atuação de alguns promotores de justiça e conselheiros que, a partir de suas convicções pessoais, mostravam-se contrários à adoção do modelo alternativo de gestão. Hoje há um convencimento maior de todos de que esse gerenciamento traz um melhor serviço à população.
- Desencontros de atuação de disformidade interpretativa por parte dos vários órgãos de controle interno (PGE, CGE, AGR), que tendem a transpor para o regime de parcerias os ditames da Lei de Licitações, como se esta se aplicasse a todos os tipos de ajustes que o Poder Público celebra.
- Dificuldades com parceiros que esperam obter do Poder Público, quando lhes convém, o mesmo tratamento conferido a empresas no âmbito de uma relação comercial lucrativa (reapropriações, reequilíbrios econômico-financeiros etc.).
- As Organizações Sociais têm que seguir os princípios do SUS.
- Ausência de entidades previamente qualificadas como OSS. A ausência de um verdadeiro “banco de dados de OSS”, fazia com que o Estado promovesse chamamentos públicos do qual participavam entidades que ainda não possuíam o respectivo título. Com isso, as outorgas dos contratos de gestão eram feitas sob a condição desse atendimento, o que fragilizava a relação de parceria. Hoje, a lei é expressa em exigir a prévia qualificação de entidade como OSS como requisito indispensável para a participação em chamamentos públicos.
- Foram criadas OSS sem a tradição de caráter social para gerenciar nossos hospitais.



- Dificuldades, por parte dos parceiros privados, à estrita adoção e observância de um regulamento de compras, aquisições e contratações.
- Mudança no perfil de profissionais da SES, com a presença de mais auditores, necessidade de especialistas em direito sanitário e custos em saúde. Domínio de monitoramento e avaliação de metas hospitalares.
- Necessidade de demonstrar para as OSS os limites de sua atuação no gerenciamento das unidades. Não raro extrapolam suas atribuições. No entanto, a formulação das políticas da saúde permanece com a SES.
- Lacunas e imprecisões contidas na legislação de regência sobre contratos de gestão com OSS. A existência de ato normativo que não disciplinava adequadamente todos os aspectos da relação de emparceiramento com o Terceiro Setor levava os órgãos de controle (interno e externo) a utilizarem-se subsidiária e indistintamente da Lei de Licitações (Lei federal nº 8.666/93), o que, como era de se esperar, causava inúmeros problemas, vez que a Lei de Licitações não se compagina integralmente com o regime de parcerias. Foi necessário que o Estado aperfeiçoasse o seu marco normativo sobre o assunto. Hoje, possui, o Estado de Goiás, uma das leis mais avançadas do país em matéria de contratos de gestão com OSS (*Lei Estadual 15.503, de 28 de dezembro de 2005*).
- É necessário saber se a OSS está gastando bem e se não há desvios.
- A permanência desse modelo de gestão depende de rigorosa fiscalização e monitoramento de custos dos hospitais públicos gerenciados e metas dos procedimentos efetuados pelas Organizações Sociais parceiras.

#### 1.4.2.2 A situação atual das Organizações Sociais

Em prol da promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde, a SES/GO no quadriênio 2011-2015, implantou o modelo de Gerenciamento por Organizações Sociais, em 16 (dezesesseis) Unidades Assistenciais de Saúde da sua Rede Própria, totalizando 2052 leitos para internações, sob o gerenciamento de 10 (dez) Organizações Sociais devidamente qualificadas. A Tabela 38 abaixo busca demonstrar a evolução numérica dos leitos para internação existentes nas Unidades, na data da assinatura dos contratos e o atual.

**Tabela 38: Evolução do nº de Leitos de Internação (acima de 24horas) contratados após a mudança de Gerenciamento nas Unidades da SES/GO.**

UNIDADE	DATA DO CONTRATO DE GESTÃO	TOTAL DE LEITOS PARA INTERNAÇÃO NA ASSINATURA DO CONTRATO		TOTAL DE LEITOS PARA INTERNAÇÃO EM DEZEMBRO/2015		EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS NAS UNIDADES(DATA DO CONTRATO/DEZEMBRO/2015)
		Tipo	Número	Tipo	Número	
CRER (Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo)	28/06/2011	Enfermaria	137	Enfermaria	133	< 2,55%
		UTI	20	UTI	20	
		<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	<b>TOTAL</b>	<b>153</b>	

<b>HDT</b> (Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad)	28/06/2012	Enfermaria p/Adulto	64	Enfermaria Adulto	64	> 20,2%
		Emergência Clínica	06	Emergência Clínica	20	
		Enfermaria Pediátrica	25	Enfermarias Pediátricas	19	
		UTI Adulto	9	UTI Adulto	12	
		UTI Pediátrica	6	UTI Pediátrica	10	
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>TOTAL</b>	<b>125</b>			
<b>HDS</b> -(Hospital de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta)	01/12/2013	Enfermaria para adulto	22	Enfermarias	22	-
		<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	
<b>HGG</b> (Hospital Dr. Alberto Rassi)	13/03/2012	Enfermaria para adulto	190	Enfermarias	189	> 14,5%
		UTI	10	UTI	40	
		<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>TOTAL</b>	<b>229</b>	
<b>HEELJ</b> (Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime)	26/08/2014	Enfermaria para Adulto	27	Enfermarias para Adultos	27	-
		Enfermaria Pediátrica	6	Enfermaria Pediátrica	6	
		<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	
<b>HMI</b> (Hospital Materno Infantil)	29/06/2012	Enfermaria Adulto Feminino	66	Enfermaria Adulto Feminino	66	>2,75%
		Enfermaria Pediátrica	38	Enfermaria Pediátrica	38	
		Enfermaria Neonatal	28	Enfermaria Neonatal	28	
		UCI Neonatal	22	UCI Neonatal	22	
		UTI Neonatal	8	UTI Neonatal	8	
		UTI Pediátrica	10	UTI Pediátrica	20	
		UTI Materna	10	UTI Materna	5	
		<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	
<b>HUANA</b> (Hospital de Urgências de Anápolis Dr. Henrique Santillo)	07/05/2010	Enfermaria Adulto	60	Enfermaria Adulto	66	-
		UTI Adulto	18	UTI Adulto	18	
		UTI Pediátrica	6	UTI Pediátrica	-	
		<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	
<b>HUAPA</b> (Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia)	04/07/2013	Enfermaria Adulto	74	Enfermaria Adulto	79	> 6,0%
		UTI Adulto	10	UTI Adulto	10	
		<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	

<b>HUGO</b> (Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz)	09/05/2012	Enfermaria Adulto	181	Enfermaria Adulto	309	>62,7%
		UTI Adulto	44	UTI Adulto	57	
		<b>TOTAL</b>	<b>225</b>	<b>TOTAL</b>	<b>366</b>	
<b>HUGOL</b> (Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira)	15/07/2014	Enfermaria Adulto	313	Enfermaria Adulto	313	-
		Enfermaria Pediátrica	60	Enfermaria Pediátrica	60	
		UTI Adulto	70	UTI Adulto	70	
		UTI Pediátrica	10	UTI Pediátrica	10	
<b>HURSO</b> (Hospital de Urgência da Região Sudoeste de Goiás)	16/11/2010	<b>TOTAL</b>	<b>453</b>	<b>TOTAL</b>	<b>453</b>	<14,4%
		Enfermaria	84	Enfermaria	69	
		UTI Adulto	10	UTI Adulto	10	
		UTI Pediátrico	10	UTI Pediátrico	10	
<b>HUTRIN</b> (Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos)	28/03/2014	Enfermaria Adulto	46	Enfermaria Adulto	46	-
		Enfermaria Pediátrica	05	Enfermaria Pediátrica	05	
		UCI	08	UCI	08	
		<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	
<b>MNSL</b> (Maternidade Nossa Senhora de Lourdes)	02/12/2013	Enfermaria Adulto Feminino	29	Enfermaria Adulto Feminino	29	-
		UCI	10	UCI	10	
		<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	
<b>CONDOMÍNIO SOLIDARIEDADE</b>	02/12/2013	Alojamento Adulto	25	Alojamento Adulto	25	-
		Alojamento Pediátrico	03	Alojamento Pediátrico	03	
		<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	
<b>CREDEQ</b> (Centro de Referência e Excelência em Dependência Química)	31/07/2014	Enfermaria Saúde Mental	12	Enfermaria Saúde Mental	12	-
		Acolhimentos Reabilitação Psicossocial	84	Acolhimentos Reabilitação Psicossocial	84	
		<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	
<b>CENTRAL REMOTA DE LAUDOS</b>	20/01/2012	Não possui leitos de internação - Presta seus serviços na realização emissão dos laudos dos exames de imagiologia nas Unidades: HUGO, HGG, HMI, HDT, HUAPA e HUGOL.				-
<b>TOTAL</b>			<b>1.870</b>		<b>2052</b>	<b>&gt; 9,7%</b>

Fonte: SCAGES/SES-GO.

Vale destacar que os leitos aqui considerados, se referem a leitos com taxa de permanência maior que 24horas. No quadro acima podemos visualizar aumentos e reduções ou remanejamentos de leitos, que ocorreram pela SES/GO através das Organizações Sociais, gerentes das Unidades, para atender as demandas por especialidades existentes.

**Tabela 39: Produção Física SAI/SUS e APAC das unidades hospitalares da SES/GO sob o Gerenciamento de Organizações Sociais anos: 2012/2013/jan a out 2015.**

UNIDADES	2012		2013		2014		2015(Jan.a out.)		TOTAL PRODUÇÃO FÍSICA AMBULATO RIAL
	Nº de Procedimentos	Média Mês	Nº de Procedimentos	Média Mês	Nº de Procedimentos	Média Mês	Nº de Procedimentos	Média Mês	
<b>HUGO</b>	270.566	22.547	314.022	26.169	333.654	27.805	257.930	25.793	<b>1.176.172</b>
<b>HUAPA</b>	409.312	34.109	150.866	12.572	150.329	12.527	146.640	14.664	<b>857.147</b>
<b>HDT</b>	125447	10.454	206.906	17.242	251.852	20.988	192.632	19.263	<b>776.837</b>
<b>HGG</b>	193719	16.143	183.622	15.302	172.405	14.367	148.020	14.802	<b>697.766</b>
<b>HMI</b>	259.432	21.619	396.209	33.017	375.912	31.326	429.086	42.909	<b>1.460.639</b>
<b>HEELJ</b>	92.978	7.748	86.533	7.211	62.095	5.175	131.949	13.195	<b>373.555</b>
<b>MNSL</b>	60.063	5.005	52.036	4.336	945.446	78.787	37.701	3.770	<b>1.095.246</b>
<b>CRER</b>	571.578	47.632	720.428	60.036	817.574	68.131	710.958	71.096	<b>2.820.538</b>
<b>HDS</b>	36.000	3.000	64.603	5.384	197.447	16.454	205.239	20.524	<b>503.289</b>
<b>HURSO</b>	12.309	1.026	17.626	1.469	20.970	1.748	19.861	1.986	<b>70.766</b>
<b>HUANA</b>	53.231	4.436	68.919	5.743	55.553	4.629	56.592	5.659	<b>234.295</b>
<b>*HUTRIN</b>	-	-	-	-	72.648	12.108	224.280	22.428	<b>296.928</b>
<b>*HUGOL</b>	-	-	-	-	-	-	38.503	9.626	<b>38503</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2.084.635</b>	<b>173.720</b>	<b>2.261.770</b>	<b>188.481</b>	<b>3.455.885</b>	<b>287.990</b>	<b>2.599.391</b>	<b>259.939</b>	<b>10.401.681</b>

Fonte: SCAGES/SES-GO.

**Tabela 40: Produção Física SIH/SUS das Unidades Hospitalares da SES/GO sob o Gerenciamento de Organizações Sociais anos: 2012/2013/jan a out 2015.**

UNIDADES	2012		2013		2014		2015(Jan.a out.)		TOTAL PRODUÇÃO FÍSICA DE AIH
	Nº de AIH	Média Mês	Nº de AIH	Média Mês	Nº de AIH	Média Mês	Nº de AIH	Média Mês	
<b>HUGO</b>	12.284	1.024	13.345	1.112	15.498	1.292	14.057	1.406	<b>55.184</b>
<b>HUAPA</b>	2.021	168	3.072	256	7.611	634	6.193	619	<b>18.897</b>
<b>HDT</b>	3.066	256	3.246	271	2.812	234	2.321	232	<b>11.445</b>
<b>HGG</b>	5.778	482	6.113	509	5.248	437	5.051	505	<b>22.190</b>
<b>HMI</b>	7.667	639	8.820	735	8.830	736	8.223	822	<b>33.540</b>
<b>HEELJ</b>	813	68	1.463	122	1.204	100	1.487	149	<b>4.967</b>
<b>MNSL</b>	3.169	264	2.381	198	2.988	249	2.351	235	<b>10.889</b>
<b>CRER</b>	4.616	385	7.142	595	1.440	120	5.437	544	<b>18.635</b>
<b>HDS</b>	0	0	8	1	0	0	0	0	<b>8</b>
<b>HURSO</b>	1.906	159	3.154	263	2.600	217	2.711	271	<b>10.371</b>
<b>HUANA</b>	6.680	557	6.539	545	6.299	525	4.078	408	<b>23.596</b>
<b>*HUTRIN</b>	-	-	-	-	1.268	211	2.000	200	<b>3.268</b>
<b>*HUGOL</b>	-	-	-	-	-	-	1.945	486	<b>1.945</b>
<b>TOTAL</b>	<b>48.000</b>	<b>4.000</b>	<b>55.283</b>	<b>4607</b>	<b>55.798</b>	<b>4.650</b>	<b>55.854</b>	<b>4.655</b>	<b>214.935</b>

Fonte: SCAGES/SES-GO.

Nas Tabelas 39 e 40 acima, podemos visualizar a evolução da produção física de SIA/SUS, APAC e SIH/SUS, nos anos de 2012 – 2013 – 2014 e de Janeiro a Outubro de 2015, conforme registros do DATASUS/MS, nas Unidades da SES/GO atualmente gerenciadas por Organizações Sociais.

#### 1.4.2.3 Do monitoramento da execução dos Contratos de Gestão

O monitoramento da execução do Contrato de Gestão deve ser entendido como “parte do processo avaliativo que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e estão tendo os resultados esperados.” Deverá ter como referencial as obrigações assumidas pela Contratante e pela Contratada, em relação às metas de produção de serviços e os indicadores de desempenho e qualidade estabelecidos para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde em Unidades Assistenciais da Rede Própria do Estado de Goiás.

A função de acompanhar, fiscalizar e monitorar todos os contratos de gestão firmados entre a SES/GO e as Organizações Sociais, dentro da SCAGES/SES GO, está cargo da Gerência de Acompanhamento e Fiscalização de Contratos de Gestão – GEFIC, que conta com quatro coordenações, sendo: de Monitoramento e Fiscalização – COMFIC, do Plano Anual de Gestão – PAG, de Acompanhamento Contábil – CAC, e de

Economia em Saúde – COES.

Para atuação direta dentro das Unidades sob o Gerenciamento de Organizações Sociais, foi instituída no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, vinculada à GEFIC/SCAGES, a Comissão Unificada de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão – COMACG, composta por 05 (cinco) Servidores Públicos em efetivo serviço, que promove a avaliação da execução do Contrato de Gestão com periodicidade semestral, conforme a sistemática de monitoramento instituída pela SES, na portaria nº 404/2012-GAB/SES GO. Destaca ainda que o monitoramento da gestão de equipamentos de saúde é de responsabilidade da Gerência de Engenharia Clínica – GEC/SCAGES/SES, e a análise e fiscalização da prestação de contas da aplicação dos recursos financeiros é de responsabilidade da Agência Goiana de Regulação/AGR, com a produção de relatórios específicos.

### 1.4.3 A Gestão da Educação na Saúde

No campo da Gestão da Educação na Saúde, alguns problemas de ordem estrutural, de processos de trabalho e de resultados foram observados e priorizados, tanto nas Regionais de Saúde, quanto no nível central, incluindo a SEST-SUS. Estratégias de enfrentamento foram traçadas em busca das possibilidades de resolução.

Iniciando pelos problemas de ordem estrutural, enfatizamos a deficiência na infraestrutura da SEST-SUS para a execução das atividades pertinentes, considerando recursos humanos, predial, equipamentos, mobiliário e tecnológico. A insuficiência de Recursos Humanos com qualificação compatível para a atuação na gestão do SUS se estende para toda a SES-GO.

Ainda se tratando de *problemas estruturais*, a inexistência de uma coordenação e subcoordenação de Educação em Saúde Regional dificultam os processos de planejamento e execução de ações de formação/capacitação de forma descentralizada. A identificação das demandas educacionais, a serem desenvolvidas junto aos trabalhadores do sistema, impõe a necessidade de estruturação de uma agenda de trabalho envolvendo a Comissão de Integração Ensino-Serviço (Estadual e Regionais) com imersão na análise da situação de saúde de cada região e a proposição de um plano de trabalho em educação permanente, que responda aos desafios de criação de competências necessárias ao seu enfrentamento, incluindo a definição das prioridades.

Os Programas de Residências Médica e Multiprofissional apresentam graves deficiências tanto de ordem estrutural quanto no seu processo de execução, considerando a SEST-SUS como coordenadora dos processos e as Unidades Assistenciais da SES-GO, como executoras. A SEST-SUS apresenta insuficiência de recursos humanos com perfil adequado para elaborar e coordenar o processo das residências e as Unidades Assistenciais, deficiência em apoiar estruturalmente para que o ensino se realize de forma qualificada. Tal deficiência deve ser compartilhada com as Superintendências de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades Assistenciais / SCAGES e de Gestão, Planejamento e Finanças / SGPF / SES-GO.

Em relação aos processos de trabalho, o planejamento de ações de formação/capacitação de Educação em Saúde de forma ascendente, contínua e sistemática é incipiente. A alta demanda de cursos com carga horária inferior a 40 horas,

com conteúdos dispersos, sem integração a um projeto de formação/capacitação baseado nos indicadores sociais e de saúde, que tenham coerência com as atividades desenvolvidas pelo servidor, se apresenta de forma contínua por, pelo menos, uma década. Além de ocorrerem de forma verticalizada, programática, centralizada e dissociada das especificidades regionais gerando baixa resolubilidade na Atenção Primária em Saúde – APS, comprometendo a assistência de média e alta complexidade.

A demanda constante de educação permanente dos profissionais de saúde é gerada também pelo nível central, de forma fragmentada, solicitada pelas diferentes áreas, programas ou agravos, levando os técnicos das regionais e dos municípios a se ausentarem com muita frequência das suas atividades e inviabilizando a transferência dos conhecimentos adquiridos para os demais profissionais da rede de atenção à saúde, além de dificultar ainda mais a assistência à saúde local, que na maioria dos municípios é realizada pelos mesmos profissionais que se fazem presentes para participar das citadas capacitações. Houve na SEST-SUS, implementação da capacidade de oferta de cursos na modalidade de Ensino a Distância – EAD, visando maior acesso dos trabalhadores às ofertas de capacitações e menor tempo de ausência no local de trabalho, porém, ainda de forma incipiente.

Recentemente, focou-se na implementação de um banco de dados que reúne informações sobre a rede de docentes colaboradores da Escola Estadual de Saúde Pública “Cândido Santiago” – ESAP, mas, apesar disso, a SEST-SUS ainda não certifica os cursos de pós-graduação *lato sensu* por ela ofertados. Passará a fazê-lo, na modalidade presencial em 2016.

Observa-se que apesar das mudanças curriculares, os profissionais ainda terminam a graduação despreparados para atuarem no SUS, gerando uma distância entre a formação básica e a adequação dos profissionais à realidade do SUS. Embora algumas Universidades tenham se preocupado com isso, buscando incorporar em seus currículos disciplinas que melhor preparem os profissionais para o SUS e adotar o serviço como um importante cenário de ensino-aprendizagem, existe um longo caminho a percorrer para que isso seja efetivamente incorporado na prática diária dos mesmos.

A adequação da demanda de atividades de formação/capacitação de pessoas para o SUS implica encontrar a sua fundamentação nos indicadores críticos a serem enfrentados pelo sistema. Considerando o esforço em direção ao desenvolvimento de sistemas regionais com suficiência para atender as demandas e necessidades dos usuários, atualizado pelo Decreto 7.508/2011, o processo de modelagem da identificação das demandas para gestão da educação na saúde deve ter como referências os espaços locorregionais e seus marcadores de saúde, sejam aqueles relativos à morbimortalidade, ao acesso e qualidade de ações e serviços, à vigilância em saúde, ou à gestão. A alternativa para esta situação é a instituição de programas de educação permanente por grandes áreas.

Neste sentido, a SEST-SUS identifica as áreas de concentração destes processos, que podem ser distribuídas entre: Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e Gestão em Saúde. Essa distribuição propiciará, no momento da organização interna das ofertas, facilidade na composição dos conteúdos a serem trabalhados, aproximando a teoria da real necessidade local.

Observou-se ainda, uma desarticulação entre os projetos de educação existentes e a programação orçamentária gerando a necessidade constante de reorganização e redirecionamento de recursos.

Quanto às atividades de pesquisa, a cultura é incipiente nos serviços, existe um número reduzido de profissionais na elaboração de projetos de pesquisa e baixo investimento no âmbito do sistema. Para 2016, com a anexação da Gerência do Centro de Excelência em Ensino, Pesquisa e Projetos – Leide das Neves Ferreira no organograma da SEST-SUS, o trabalho será ampliado, pois, contará com os Recursos Humanos daquela equipe e, principalmente, ampliará as pesquisas para o SUS.

Quanto à necessidade de produção de resultados, inexistente um sistema de monitoramento e avaliação dos egressos qualificados pela SEST-SUS, dificultando avaliar sua eficiência e eficácia. Até meados de 2015, não existia um veículo de divulgação da produção científica no âmbito da SEST-SUS/SES-GO, atualmente contamos com a implantação da Revista Eletrônica/RESAP.

Os processos de formação/capacitação devem adotar critérios de eficiência, eficácia e efetividade que permitam avaliar a adequada forma de utilização dos recursos financeiros; a coerência interna entre objetivos de aprendizagem e resultados alcançados; e a coerência externa entre conteúdos administrados e seus reflexos sobre processos de trabalho e desempenho dos serviços. Implica, também, no fomento ao desenvolvimento da pesquisa, de forma a identificar os fatores que condicionam e determinam a situação de saúde existente e a mensuração dos efeitos das intervenções feitas, incluídas as de formação/capacitação de pessoal.

O novo desenho metodológico para captação de demandas e sua influência sobre qualidade do trabalho desenvolvido pelas equipes e unidade, justifica a criação de expertise no campo da avaliação dos processos de educação permanente, possibilitando uma reflexão crítica das técnicas pedagógicas inovadoras aplicadas.

Na autoavaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública realizada na SES (2011), com apoio metodológico e de coordenação do processo pelo Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (CONASS), o indicador que avaliou a qualificação, capacidade e educação permanente da força de trabalho na Gestão do SUS no Estado obteve pontuação muito incipiente (0,07).

Portanto, o novo modelo, requer a elaboração de uma política de capacitação permanente, com planejamento e avaliação a partir de uma análise crítica das reais necessidades das regiões de saúde, dos indicadores de saúde, considerando sua distribuição em cada região de saúde. A referida política de capacitação permanente deverá ser articulada com as Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) e as Comissões de Integração Ensino Serviço para o SUS (CIES), por meio da elaboração dos Planos de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

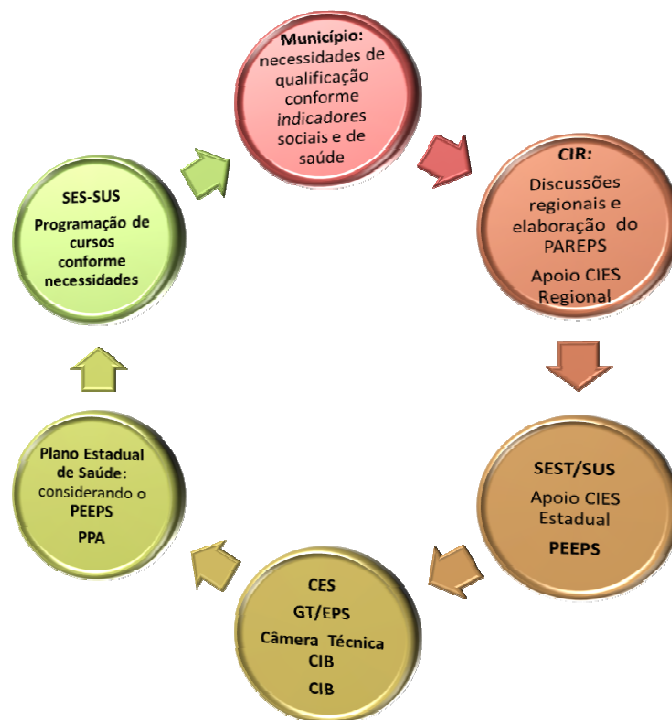
Algumas estratégias de enfrentamento foram criadas e/ou implementadas:

- Reformar, ampliar e mobiliar a SEST-SUS;
- Recrutar recursos humanos para a SEST-SUS;
- Implantar Coordenação e Subcoordenação de Educação em Saúde para o SUS nas 18 Regionais de Saúde;



- Fortalecer as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço / CIES – Regionais e Estadual;
- Garantir recursos orçamentários para a execução das demandas;
- Estruturar política de ensino e pesquisa para SES/GO;
- Fomentar a cultura da pesquisa para subsidiar processos decisórios na SES-GO;
- Instituir Programas de Educação Permanente por grandes Áreas de Concentração distribuídas entre atenção, gestão e vigilância em saúde (não fragmentação, cursos com conteúdos mais abrangentes);
- Apresentar uma agenda de cursos respeitando as diversidades regionais, conforme os indicadores de saúde;
- Instituir um programa de monitoramento e avaliação de egressos;
- Estabelecer a construção dos Planos de Educação Permanente Regionais e Estadual de forma ascendente, sistemática e contínua e em conformidade com o PES e PPA.
- Instituir Política Estadual de Ensino e Pesquisa;
- Realizar parcerias com Instituições de Ensino Superior (UFG, UnB, UEG, FIOCRUZ/DF, FIOCRUZ/RJ), com o objetivo de qualificar técnicos do nível central / regional para a atuação na gestão do SUS;
- Tornar a SEST-SUS referência na Rede de Ensino da Região Centro Oeste.

**Figura 27: Planos de Educação Permanente Regionais e Estadual de Forma Ascendente, Sistemática e Contínua.**



Fonte: SEST-SUS/ SES-GO.

#### 1.4.4 Planejamento

O Sistema de Planejamento do SUS foi inicialmente regulamentado pela Portaria do Ministério da Saúde 3.085/2006, sendo a mesma revogada pela Portaria GM/MS nº 2.135 de 25/09/2013, tendo como atribuições:

- Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;
- Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;
- Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;
- Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;
- Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS; e
- Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

Do processo de execução de atividades resultam instrumentos estratégicos fundamentais e legais, sendo: Plano Estadual de Saúde (PES); a Programação Anual de Saúde (PAS), Relatórios Quadrimestrais e; o Relatório Anual de Saúde (RAG). Estes precisam estar em consonância com os instrumentos de planejamento de governo, entre eles, o Plano Plurianual (PPA); a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); a Lei Orçamentária Anual (LOA); e, principalmente, com as Conferências de Saúde. Estes instrumentos fazem parte do Sistema de Planejamento, devendo ser levados em conta ao se planejar na área de saúde, em qualquer nível de governo.

O apoio aos municípios vem sendo dado, porém, na data de apresentação desta análise (01/07/2016), 24 municípios não haviam inserido o Plano Municipal de Saúde 2014/2017 no Sistema SARGUS. Assim, faz-se necessário um aprimoramento no processo de trabalho no que tange a relação interfederativa e a gestão estratégica e participativa. Deve-se fortalecer a gestão compartilhada nas Regiões de Saúde e o apoio técnico necessário na revisão dos instrumentos de gestão. As ações podem ser discutidas em grupos de trabalho da CIB com a participação de representantes da SES, Regionais de Saúde, COSEMS e do CES.

A capacidade institucional de planejamento das SES, ainda, não é condizente

com a importância que o mesmo deve ter em uma Pasta, como a da Saúde, que responde não somente pelas ações inerentes à SES, mas, além disso, pelo planejamento estadual de forma ascendente e participativa.

Dentre as suas competências estão a responsabilidade pela elaboração, monitoramento e avaliação tanto dos instrumentos do PLANEJASUS, quanto do planejamento governamental, além de promover e apoiar a educação permanente em planejamento para os profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS, em parceria com o MS e municípios, COSEMS e Conselho de Saúde.

Quanto aos valores previstos pela SEGPLAN para aplicação em ações e serviços de saúde para o quadriênio, com recursos do Tesouro Estadual, temos:

- 2016: R\$ 2.005.778.726,00;
- 2017: R\$ 2.024.795.400,00;
- 2018: R\$ 2.155.617.840,00;
- 2019: R\$ 2.288.164.800,00.

Em relação à execução dos recursos, estes devem ser alocados em Programas e Ações do PPA e Ações da Programação Anual de Saúde. As despesas são contabilizadas de forma consolidada em cada unidade orçamentária. O estudo de viabilidade para a “departamentalização” com a criação de centros de custo, poderá trazer melhorias no monitoramento e avaliação da execução orçamentária e financeira.

Entre os obstáculos apontados, para a melhoria dos processos de planejamento, além do envolvimento de servidores capacitados, mudança no organograma e disponibilização de estrutura física adequada é necessária a implementação de um sistema informatizado que tenha o objetivo de monitorar e controlar as informações da área de saúde e financeira (vinculação da PAS com a LOA), além da busca constante para o aperfeiçoamento da cultura de planejamento no âmbito da SES e dos municípios do Estado.

#### **1.4.5 A Gestão do Trabalho – desafios ao campo das relações de trabalho**

A responsabilização da gestão do trabalho e da educação na saúde deve ser considerada uma função essencial de saúde pública para as autoridades sanitárias seja do nível municipal, estadual ou federal. Observa-se que as dificuldades apontadas na área de recursos humanos, pelo Estado e pela maioria dos municípios, têm levado ao não cumprimento dos princípios da equidade e do acesso universal aos serviços de saúde, direitos garantidos à população pela Constituição Cidadã.

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde apontam que 60% dos trabalhadores da saúde possuem nível de escolaridade fundamental e médio e, desses, uma parcela significativa não possui certificado profissional (PNS, 2012-2015). Entretanto, são os que mais se fazem presentes nas Unidades de saúde.

Em Goiás, observa-se a má distribuição geográfica, com maior concentração de profissionais em grandes centros urbanos e a completa carência desses profissionais em áreas mais distantes da capital, que tem como uma das principais causas a precarização de vínculos trabalhistas e a falta de condições adequadas de trabalho. Esses fatos

resultam na alta rotatividade de pessoal, ocasionando dificuldade de fixação, desmotivação, queda na produtividade, descontinuidade dos serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde da população.

O desafio colocado para o sistema no âmbito das relações de trabalho remete à tensão entre a necessidade de adaptação da gestão às mudanças ocorridas nos processos de contratualização da força de trabalho e o permanente esforço de promover a profissionalização no setor público. A aprovação e efetivação de planos de carreira representam alternativa para organização do processo de admissão e manutenção dos profissionais de saúde no SUS.

A implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) no âmbito da SES-GO deve ter impacto positivo sobre a ordenação de recursos humanos, pela fixação de padrões de remuneração e de progressão funcional. Entretanto, a sua implementação ainda enfrenta dificuldades, sobretudo em função do contexto de crise fiscal vivida pela maioria dos estados e da própria união. É preciso dar continuidade ao processo de implementação do PCCS e estimular a elaboração de planos municipais, a fim de estabelecer aos profissionais uma perspectiva de crescimento profissional dentro do sistema.

Um importante instrumento para estruturação de uma agenda focada no enfrentamento de problemas nas relações e condições de trabalho é a Mesa Estadual de Negociação Permanente (MENP). A aplicação das propostas derivadas do PCCS pode ser uma motivação para continuidade das atividades da mesa, agregando-se novos itens que possam informar o desenho de uma agenda para o próximo período de vigência do Plano Estadual de Saúde.

A emergência de um novo modelo de gestão para as unidades da rede própria tem apresentado impactos significativos sobre o campo da gestão do trabalho. As novas modalidades de contratação, com substituição de trabalhadores efetivos por celetistas tem sido foco de tensão constante, com realocação de força de trabalho da atividade fim para atividade meio, com perda de força de trabalho qualificada da primeira e hipertrofia da segunda. Este deve ser um tema a ser objeto de discussão na MENP.

A necessidade de aprimorar o sistema de gestão do trabalho, observando a melhoria dos níveis de eficiência do sistema, deve ter como diretriz a adoção de formas de remuneração baseada em critérios de desempenho. Tal medida implica a criação de sistema de metas a serem contratualizadas, não apenas com a área fim, mas também com a área meio. As políticas e os programas de valorização do trabalhador da área de saúde, estadual e municipal em Goiás poderão reverter esse quadro que coloca em risco a implementação do SUS, especialmente, nos municípios mais distantes. A criação de critérios e parâmetros para o incentivo à fixação de profissionais em áreas remotas e de difícil acesso deve ser incorporada à agenda da MENP, como desdobramento das tratativas iniciadas com a elaboração do PCCS.

O investimento na qualificação dos processos de negociação que envolve a participação em instâncias como a MENP implica capacitar os membros desta mesa sobre processos de negociação, bem como as decisões de natureza técnica que deles (os processos de negociação) fazem parte.

#### 1.4.5.1 Processo de Gestão de Pessoas e Quadro de Pessoal da SES

A Secretaria de Estado da Saúde possui ativos em sua folha de pagamento do mês de junho de 2016, 9.384 servidores, assim distribuídos:

**Servidores efetivos SES = 7.893**

**Servidores efetivos de outros órgãos cedidos à SES = 795**

**Servidores comissionados cedidos à SES = 626**

**Servidores da estrutura básica e complementar SES = 70**

Dentre os servidores efetivos SES, 1.491 estão cedidos aos municípios goianos com ônus para a origem, a fim de atuarem nas unidades municipais de saúde.

Há 578 servidores que recebem abono de permanência.

A Gerência de Gestão de Pessoas da SES possui alguns desafios a serem trabalhados como forma de melhoria do processo de gestão de pessoas desta Pasta, relacionados a seguir:

##### **Sistema de Gestão de Pessoas:**

A Gerência utiliza os seguintes Sistemas:

RHNet – Sistema de Recursos Humanos do Estado de Goiás: criado e gerido pela Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento, é o Sistema corporativo oficial dos Órgãos Executivos do Estado. Foi implantado nesta Pasta a partir de novembro de 2012, porém suas funcionalidades foram desenvolvidas priorizando o atendimento ao processamento da folha de pagamento e as informações e os relatórios disponíveis não contemplam toda a necessidade da área de gestão de pessoas.

CGP – Controle Geral de Pessoas: foi desenvolvido na SES, na plataforma do Access, é utilizado para o registro de algumas informações não cadastráveis no RHNet, porém tornou-se um Sistema obsoleto e impreciso, já que vários dados cadastrados foram perdidos.

SGRH – Sistema de Gestão de Recursos Humanos, foi desenvolvido pela equipe da Gerência de Tecnologia da Informação – GTI da SES, inicialmente para coleta de dados que pudessem subsidiar o Sistema de Administração Financeira – SAF e o Sistema de Infraestrutura de Redes – SINFRA. No ano anterior a GTI/SES tentou uma parceria junto à Superintendência Central de Tecnologia da Informação SCTI/SEGPLAN para que tivéssemos acesso a alguns dados do RHNet e pudéssemos adequar o SGRH às necessidades específicas desta Pasta, entretanto a resposta foi de que todos os sistemas corporativos deverão ser desenvolvidos por aquele órgão, o que dificulta o processo, pois a prioridade atual é de ajustar outros sistemas já em desenvolvimento.

Meta: desenvolver um Sistema de gestão de pessoas no qual possam ser cadastradas informações e emitidos fornecer relatórios que subsidiem as decisões gerenciais e estratégicas da Pasta.

##### **Controle do Registro de Frequência:**

A implementação do registro de frequência eletrônica nesta Secretaria iniciou-se em agosto de 2015, com a utilização do SFR – Sistema de Frequência, desenvolvido e

gerido pela SEGPLAN, e a partir de novembro de 2015, houve a disponibilização pela SEGPLAN do SFR2 – Sistema de Controle de Frequência, para gestão dos instrumentos de banco de horas e de compensações. Ambos Sistemas ainda necessitam de adequações para atendimento às especificidades desta Pasta, as quais já foram encaminhadas à SEGPLAN, gestora dos Sistemas, porém sem o devido atendimento.

Meta: obter junto à SEGPLAN as adequações e melhorias necessárias à expansão da implementação do registro de frequência eletrônica às demais Unidades SES.

### **Regulamentação do Prêmio de Incentivo**

O Prêmio de Incentivo, pago aos servidores em efetivo exercício nas unidades da SES, de acordo com a avaliação de desempenho individual, realizada semestralmente, necessita de regulamentação, a qual já foi proposta por esta Pasta, em parceria com a SEGPLAN, e aguarda publicação do Decreto correspondente. Dentre os itens regulamentados foi proposto um novo modelo de avaliação com pactuação de metas e inserção da autoavaliação.

Meta: desenvolver, em parceria com a GTI/SES e SCTI/SEGPLAN, o Sistema de Avaliação do Prêmio de Incentivo, bem como o manual de aplicação da Avaliação de Desempenho Individual e oferecer treinamento aos gestores/chefes imediatos para conhecimento do método de pactuação de metas e demais critérios a serem avaliados, bem como oferecer a divulgação aos servidores SES.

### **Mapeamento de Processos**

Os processos de trabalho são realizados no âmbito da GGP sem descrição que possibilite facilitar tanto o trabalho dos servidores da gerência, bem como o acesso dos demais servidores às informações e orientações necessárias para o requerimento de nossos serviços e dos benefícios legais previstos aos servidores.

Meta: realizar o mapeamento de processos para melhorar o fluxo, padronizar os procedimentos e divulgar os serviços da GGP a todos os servidores SES.

### **Dimensionamento de Pessoal**

Inexistência de equipe qualificada para a realização do dimensionamento de pessoal nas unidades SES e busca de atendimento de servidores conforme a real necessidade da unidade.

Meta: buscar qualificação da equipe, por meio de parcerias, consultorias ou cursos, a fim de que o trabalho de dimensionamento de pessoal possa ser realizado nas Unidades SES e que os servidores possam ser alocados de forma a suprir as necessidades, bem como para análise do quadro atual de servidores e levantamento de necessidade de realização futura de concurso público.

#### **1.4.6 Financiamento**

O financiamento das ações e serviços da saúde é de corresponsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular desses recursos. Na

prática, o financiamento do SUS sempre foi um desafio.

Com o objetivo de garantir recursos estáveis para o setor saúde e após longa tramitação no congresso nacional, foi editada a Emenda Constitucional 29/2000, que alterou a Constituição Federal de 1988, a qual foi regulamentada pela Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012.

A Lei assegura a efetiva participação da União dos Estados e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Foi estabelecido um percentual mínimo de aplicação pelo governo estadual de 12% e o municipal de 15%, em relação à receita líquida de impostos. A União aplicará, anualmente, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Deste modo, com a análise dos indicadores econômicos e previsões de desaceleração da economia, bem como os contingenciamentos na área de saúde realizados pela União, pode-se ter maiores complicações em relação ao financiamento, visto que os recursos transferidos fundo a fundo para a manutenção de programas poderão sofrer cortes.

A forma de repasses dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde ocorre do FNS para o Fundo Estadual, através de Portarias autorizativas, depositados em conta específica na SES para esse fim, pagamento direto aos prestadores de serviços e aos beneficiários cadastrados, contratos e convênios. Demonstra-se abaixo os valores transferidos, por bloco de financiamento, entre os anos de 2012 e 2015:

**Tabela 41: Valores Transferidos por Bloco de Financiamento.**

<b>Blocos de Financiamentos</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015 (*)</b>
Assistência Farmacêutica	27.101.411,49	20.135.332,62	26.987.273,58	19.961.593,83
Atenção Básica	214.860,00	319.410,00	264.600,00	260.820,00
Gestão do SUS	6.482.379,07	1.792.686,40	71.500,00	0,00
Investimento	6.705.087,34	1.932.228,60	5.806.250,00	809.413,70
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	40.782.007,01	64.129.162,22	77.483.609,92	58.290.068,84
Vigilância em Saúde	14.668.687,66	17.206.616,12	14.504.143,21	8.776.233,10
<b>Total das Receitas</b>	<b>95.954.432,57</b>	<b>105.515.435,96</b>	<b>125.117.376,71</b>	<b>88.098.129,47</b>

**Fonte: Fundo Nacional de Saúde.**

(\*) Valor parcial em 08/2015.

Os Blocos de Financiamentos foram normatizados pela Portaria Nº 204/GM/MS de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. A Portaria Nº 837/GM/MS de 23 de abril de 2009 acrescentou dispositivos à Portaria Nº 204/GM/MS, inserindo o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento.

Houve um incremento em 2014, em relação a 2012, de 89,99% no valor dos recursos do bloco Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Esta situação ocorreu principalmente devido ao Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos –

PCEP, que foi firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia para o repasse da produção hospitalar e ambulatorial dos hospitais sob gestão da SES.

Quanto ao bloco Gestão do SUS observa-se uma significativa redução no repasse de recursos, sendo que em 2012, o valor foi de R\$ 6.482.379,07 e em 2014, R\$ 71.500,00. Quanto ao repasse para o bloco Vigilância em Saúde observam-se algumas variações, porém os valores dos repasses mantiveram certa constância.

A aplicação mínima de recursos próprios em gastos com ações e serviços públicos de saúde, é feita por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, o qual é disponibilizado via Internet, sendo o banco de dados alimentado pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, por meio do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo DATASUS/MS, que tem por objetivo acompanhar as receitas totais e os gastos públicos com ações e serviços de saúde.

A tabela abaixo apresenta a evolução do percentual mínimo de despesa própria do Estado, com Saúde, em cumprimento das metas estabelecidas na EC nº29/ Lei Complementar 141.

**Tabela 42: Percentual mínimo de despesa própria do Estado com Saúde  
Goiás - 2012 – 2015.**

Ano	% Valor Aplicado	% Mínimo a Aplicar
2012	12,12%	12
2013	11,72%	12
2014	12,70%	12
2015	12,07%	12

Fonte: SIOPS.

Considerando que em 2013, o valor aplicado ficou aquém do estipulado na LC 141/2012, a SES está recompondo a diferença no exercício de 2015. O montante é de aproximadamente R\$ 117 milhões.

A tabela abaixo representa o gasto médio com saúde, por habitante, ou seja, despesa total com saúde, incluindo aquelas financiadas por outras esferas de governo, per capita. Sendo o resultado deste indicador para todas as Unidades da Federação:



**Tabela 43: Despesa total com saúde por habitante.**

UF	2012	2013	2014	2015	Média
<b>Distrito Federal</b>	825,40	1.204,04	1.067,08	2.265,47	1.340,50
<b>Acre</b>	888,98	942,94	1.062,08	1.042,64	984,16
<b>Roraima</b>	850,19	922,97	742,18	1028,45	885,95
<b>Tocantins</b>	690,45	825,77	924,54	866,57	826,83
<b>Amapá</b>	685,83	727	747,65	813,76	743,56
<b>Amazonas</b>	529,36	592,02	657,66	669,46	612,13
<b>Espírito Santo</b>	461,11	505,3	602,62	637,26	551,57
<b>Pernambuco</b>	389,55	446,53	520,06	499,72	463,97
<b>Rondônia</b>	387,32	414,08	468,22	572,76	460,60
<b>São Paulo</b>	371,01	330,38	497,15	530,64	432,30
<b>Sergipe</b>	413,81	401,67	415,78	417,84	412,28
<b>Mato Grosso do Sul</b>	335,21	359,32	387,07	532,11	403,43
<b>Mato Grosso</b>	325,22	343,05	370,49	431,46	367,56
<b>Rio Grande do Norte</b>	352,59	341,44	367,9	406,10	367,01
<b>Rio Grande do Sul</b>	394,20	327,09	365,82	372,12	364,81
<b>Santa Catarina</b>	293,11	315,33	371,59	412,86	348,22
<b>Rio de Janeiro</b>	251,26	293,68	333,32	336,99	303,81
<b>Paraná</b>	238,14	263,96	312,87	387,85	300,71
<b>Piauí</b>	244,65	257,19	307,7	339,62	287,29
<b>Bahia</b>	269,39	263,46	299,12	302,75	283,68
<b>Minas Gerais</b>	254,52	267,27	282,25	322,15	281,55
<b>Ceará</b>	228,30	253,25	310,44	314,48	276,62
<b>Alagoas</b>	248,19	248,21	282,08	323,24	275,43
<b>Paraíba</b>	240,19	246,98	274,32	302,83	266,08
<b>Pará</b>	212,05	235,98	255,9	273,74	244,42
<b>Goiás</b>	188,05	209,18	258,21	292,94	237,10
<b>Maranhão</b>	191,51	208,77	261,38	261,01	230,67

Fonte: SIOPS.

Muito embora o Estado de Goiás venha cumprindo a aplicação do percentual mínimo de gastos em saúde, nota-se que para os anos de 2012 a 2015, temos a segunda menor média per capita do Brasil. Este dado resulta da aplicação de recursos próprios e das transferências federais, sendo a última a grande contribuinte para a nossa colocação neste ranking.

Diante do exposto, faz-se necessária a articulação para captação de mais recursos provenientes de programas financiados pela União, emendas parlamentares, aumento da produção hospitalar com fortalecimento dos processos de faturamento das Unidades Assistenciais, entre outros.

A tabela abaixo apresenta as despesas por subfunções, demonstrando um aumento na aplicação de recursos em Assistência Hospitalar e Ambulatorial, passando de 30,75% em 2012 para 52,87% em 2014. Isso se deve ao aumento do repasse de recursos do Tesouro do Estado para o Fundo Estadual de Saúde, após a publicação da lei complementar 141/2012, possibilitando à SES firmar convênios com Entidades Filantrópicas, implantar o Plano de Fortalecimento da Atenção Especializada Regionalizada, criado em 2011, com o objetivo de cofinanciar hospitais, localizados no interior do Estado, que ofertassem leitos de UTI para o SUS, bem como implantar um novo modelo de gestão da Rede Assistencial da Secretaria de Estado da Saúde – SES, administradas por Organizações Sociais.

Também se pode constatar que as despesas com Atenção Básica, em 2014, representam apenas 2,89% do total de despesas custeadas com Recursos do Tesouro Estadual.

**Tabela 44: Despesas do Fundo Estadual de Saúde por subfunção (R\$) - 2012 a 2015.**

Despesas com Saúde (Por Subfunção)	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%
Atenção Básica	45.821.353	4,29	54.969.583	4,43	44.792.817	2,89	43.383.468	3,6
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	328.609.201	30,75	521.154.498	42,04	818.547.163	52,87	575.379.909	47,9
Suporte Profilático e Terapêutico	64.448.138	6,03	59.326.574	4,79	43.478.492	2,81	59.936.816	5,0
Vigilância Epidemiológica	7.270.310	0,68	4.050.869	0,33	1.170.926	0,08	2.570.512	0,02
Outras Subfunções	622.568.751	58,25	600.223.931	48,42	640.239.764	41,35	520.925.130	43,3
<b>TOTAL</b>	<b>1.068.717.753</b>	<b>100,00</b>	<b>1.239.725.455</b>	<b>100,00</b>	<b>1.548.229.162</b>	<b>100,00</b>	<b>1.202.195.835</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SIOFINET.

**Tabela 45: Recursos Federais do SUS – valor despendido por tipo de transferência – Goiás – 2012 – 2015.**

Tipo de Transferência	2012	2013	2014	2015
Média e Alta Complexidade	R\$ 40.782.007,01	R\$ 63.897.335,94	R\$ 77.483.609,92	R\$ 57.998.254,10
Atenção Básica	R\$ 214.860,00	R\$ 319.410,00	R\$ 264.600,00	R\$ 260.820,00
Investimento	R\$ 6.705.087,34	R\$ 1.932.228,60	R\$ 5.806.250,00	R\$ 809.413,70
Assistência Farmacêutica	R\$ 27.101.411,49	R\$ 20.135.332,62	R\$ 26.987.273,58	R\$ 17.706.278,89
Gestão do SUS	R\$ 6.482.379,07	R\$ 1.792.686,40	R\$ 71.500,00	R\$ 0,00
Vigilância em Saúde	R\$ 14.668.687,66	R\$ 17.206.616,12	R\$ 14.504.143,21	R\$ 8.776.233,10

Fonte: Fundo Nacional de Saúde.

**Tabela 46: Evolução dos limites MAC por competência – valor anual – Goiás – 2012 – 2015.**

Competência	2012	2013	2014	2015
Janeiro	R\$ 6.600.067,84	R\$ 3.363.470,43	R\$ 4.003.318,51	R\$ 13.639.635,26
Fevereiro	R\$ 2.936.698,84	R\$ 3.085.770,87	R\$ 2.981.377,81	R\$ 6.995.693,09
Março	R\$ 3.036.409,76	R\$ 6.039.938,17	R\$ 16.091.745,10	R\$ 6.983.749,67
Abril	R\$ 2.915.758,81	R\$ 6.021.277,51	R\$ 6.747.141,20	R\$ 6.983.556,27
Mai	R\$ 3.051.589,77	R\$ 6.518.824,79	R\$ 6.838.047,04	R\$ 6.994.851,03
Junho	R\$ 3.068.410,37	R\$ 3.352.515,01	R\$ 6.710.547,89	R\$ 6.976.380,47
Julho	R\$ 4.767.568,85	R\$ 11.865.109,54	R\$ 6.668.455,99	R\$ 3.545.228,84
Agosto	R\$ 2.992.710,99	R\$ 6.373.368,53	R\$ 6.685.392,88	R\$ 2.933.812,63
Setembro	R\$ 3.031.011,16	R\$ 5.772.322,00	R\$ 6.880.318,77	R\$ 2.945.346,84
Outubro	R\$ 3.060.770,45	R\$ 5.586.303,70	R\$ 6.841.387,80	R\$ 0,00
Novembro	R\$ 2.609.288,30	R\$ 5.918.435,39	R\$ 5.009.346,02	R\$ 0,00
Dezembro	R\$ 2.711.721,87	R\$ 0,00	R\$ 2.026.530,91	R\$ 0,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 40.782.007,01</b>	<b>R\$ 63.897.335,94</b>	<b>R\$ 77.483.609,92</b>	<b>R\$ 57.998.254,10</b>

Fonte: Fundo Nacional de Saúde.

Em Goiás, foi instituído o Fundo Estadual de Saúde, por meio da lei nº 17.797/2012, instrumento de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, visando desburocratizar a gestão e garantir uma maior agilidade processual à pasta. O FES é administrado pela SES-GO.

A forma de repasses dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual é depositado em conta específica na SES para pagamento direto aos prestadores de serviços e aos beneficiários cadastrados, contratos e convênios.

A tabela abaixo apresenta a evolução do percentual mínimo de despesa própria do Estado, com Saúde, em cumprimento das metas estabelecidas na EC nº29/ Lei Complementar 141.

Quanto aos repasses do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual é seguido as Portarias Ministeriais a que se destinam os recursos, entre outros podemos citar: repasse DOTF-VS - Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TF-VS); Plano de Ações e Metas (PAM), incentivo para promoção, prevenção, diagnóstico, assistência, desenvolvimento institucional e parcerias com OSC/ONGs no desenvolvimento de ações na área de DST/HIV/AIDS; para o Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador (CEREST), implantação em unidades de saúde de serviços para tratamento dos agravos relacionados à saúde do trabalhador; PLANVIG/ VIGISUS, incentivo para fortalecimento da gestão em vigilância em saúde; Farmácia Básica, distribuição de medicamentos essenciais, na rede SUS; Programa Saúde da Família; Complexo Regulador, para articulação e integração de dispositivos como, centrais de internação e de urgências, centrais de consultas e exames, serviços de transportes não urgentes de usuários, protocolos assistenciais com ações de contratação, controle assistencial e avaliação das ações de Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), serviço que procura chegar precocemente às pessoas acometidas por agravos de urgência de natureza clínica, cirúrgica, traumática e/ou psiquiátrica. Componente estratégico na implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências.

A Tabela 47 apresenta a distribuição dos recursos próprios do Tesouro Estadual

constante no orçamento do setor saúde, classificado por Categoria Econômica em despesas Correntes e despesas de Capital no período de 2012 a 2015.

A Classificação Outras Despesas Correntes são despesas de custeio de manutenção das atividades da SES, como por exemplo: despesas com pessoal, aquisição de bens de consumo, serviços de terceiros, manutenção de equipamentos, despesas com água, energia, telefone etc. Estão nesta categoria as despesas que não concorrem para ampliação dos serviços prestados pela SES, nem para a expansão das suas atividades.

As Despesas de Capital são despesas relacionadas com aquisição de máquinas equipamentos, realização de obras, aquisição de imóveis. Normalmente, uma despesa de capital concorre para a formação de um bem de capital, assim como para a expansão das atividades da SES.

**Tabela 47: Distribuição dos recursos do tesouro estadual destinados à Secretaria de Estado da Saúde, liquidados, classificados por categoria econômica, desconsiderando os gastos com pessoal e encargos sociais – Goiás – 2012-2015.**

ANO	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	%	DESPESAS DE CAPITAL	%	TOTAL
2012	R\$ 471.758.561,56	94,08	R\$ 29.665.322,14	5,92	R\$ 501.423.883,70
2013	R\$ 624.319.806,12	93,27	R\$ 45.082.886,82	6,73	R\$ 669.402.692,94
2014	R\$ 724.627.987,46	77,10	R\$ 215.214.584,65	22,90	R\$ 939.842.572,11
2015	R\$ 656.586.946,89	95,63	R\$ 30.033.298,35	4,37	R\$ 686.620.245,24

Fonte: SIOFI NET.

Em Goiás, nos dois últimos anos, esse incremento de recursos do tesouro estadual foi, basicamente, na área hospitalar e ambulatorial, chegando em 2014, em 52,87% do total dos recursos repassados.

**Tabela 48: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2012.**

POR SUBFUNÇÕES	CATEGORIA ECONÔMICA		TOTAL	%
	CORRENTE	CAPITAL		
Atenção Básica	R\$ 45.596.276,92	R\$ 225.075,60	R\$ 45.821.352,52	4,29
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 318.387.764,43	R\$ 10.221.436,54	R\$ 328.609.200,97	30,75
Vigilância Epidemiológica	R\$ 7.270.310,19	R\$ 0,00	R\$ 7.270.310,19	0,68
Pessoal e Encargos	R\$ 567.293.869,07	R\$ 0,00	R\$ 567.293.869,07	53,08
Outras Despesas Correntes	R\$ 100.504.210,02	R\$ 0,00	R\$ 100.504.210,02	9,40
Investimento	R\$ 0,00	R\$ 19.218.810,00	R\$ 19.218.810,00	1,80
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.039.052.430,63</b>	<b>R\$ 29.665.322,14</b>	<b>R\$ 1.068.717.752,77</b>	<b>100</b>

Fonte: SIOFI NET.

**Tabela 49: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2013.**

POR SUBFUNÇÕES	CATEGORIA ECONÔMICA		TOTAL	%
	CORRENTE	CAPITAL		
Atenção Básica	R\$ 54.969.582,52	R\$ 0,00	R\$ 54.969.582,52	4,43
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 476.071.610,88	R\$ 45.082.886,82	R\$ 521.154.497,70	42,04
Vigilância Epidemiológica	R\$ 4.050.869,43	R\$ 0,00	R\$ 4.050.869,43	0,33
Pessoal e Encargos	R\$ 570.322.762,05	R\$ 0,00	R\$ 570.322.762,05	46,00
Outras Despesas Correntes	R\$ 89.227.743,29	R\$ 0,00	R\$ 89.227.743,29	7,20
Investimento	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	0
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.194.642.568,17</b>	<b>R\$ 45.082.886,82</b>	<b>R\$ 1.239.725.454,99</b>	<b>100</b>

Fonte: SIOFI NET.

**Tabela 50: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2014.**

POR SUBFUNÇÕES	CATEGORIA ECONÔMICA		TOTAL	%
	CORRENTE	CAPITAL		
Atenção Básica	R\$ 43.494.817,45	R\$ 1.298.000,00	R\$ 44.792.817,45	2,89
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 604.877.682,39	R\$ 213.669.481,03	R\$ 818.547.163,42	52,87
Vigilância Epidemiológica	R\$ 1.164.630,27	R\$ 6.295,68	R\$ 1.170.925,95	0,08
Pessoal e Encargos	R\$ 608.386.590,16	R\$ 0,00	R\$ 608.386.590,16	39,30
Outras Despesas Correntes	R\$ 75.090.857,35	R\$ 0,00	R\$ 75.090.857,35	4,85
Investimento	R\$ 0,00	R\$ 240.807,94	R\$ 240.807,94	0,02
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.333.014.577,62</b>	<b>R\$ 215.214.584,65</b>	<b>R\$ 1.548.229.162,27</b>	<b>100</b>

Fonte: SIOFI NET.

**Tabela 51: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2015.**

POR SUBFUNÇÕES	CATEGORIA ECONÔMICA		TOTAL	%
	CORRENTE	CAPITAL		
Atenção Básica	R\$ 34.305.927,96	R\$ 0,00	R\$ 34.305.927,96	3,18
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 480.963.298,84	R\$ 29.551.226,95	R\$ 510.514.525,79	47,34
Vigilância Epidemiológica	R\$ 2.119.387,22	R\$ 192.500,00	R\$ 2.311.887,22	0,21
Pessoal E Encargos	R\$ 391.803.724,18	R\$ 0,00	R\$ 391.803.724,18	36,33
Outras Despesas Correntes	R\$ 139.198.332,87	R\$ 0,00	R\$ 139.198.332,87	12,91
Investimento	R\$ 0,00	R\$ 289.571,40	R\$ 289.571,40	0,03
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.048.390.671,07</b>	<b>R\$ 30.033.298,35</b>	<b>R\$ 1.078.423.969,42</b>	<b>100</b>

Fonte: SIOFI NET (até 4º bimestre).

#### 1.4.6.1 Transferências Voluntárias

As transferências voluntárias dos recursos estaduais, conforme o Art. 8 do Decreto Estadual nº 7.824/2013, para as ações e os serviços de saúde, que tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso dos usuários do SUS, por meio de unidades públicas ou unidades privadas de forma complementar, com preferências as entidades sem fins lucrativos e as filantrópicas, conveniadas ou contratadas, observando o disposto no §1º do art. 199, da Constituição Federal, estão divididas em 02 (dois) categorias:

➤ **vinculadas:** Para o custeio e o investimento necessários à realização das ações e dos serviços públicos de saúde nos municípios, os recursos do FES são transferidos diretamente aos Fundos Municipais, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho Estadual de Saúde, referentes ao atendimento das contrapartidas dos programas federais e para programas estaduais. Cada programa estadual aprovado terá a sua formalização efetivada mediante edição de portaria específica, pelo Secretário de Saúde, na qual deverá estar definido o valor, o período de execução e o cronograma de desembolso dos recursos financeiros a serem transferidos automaticamente aos Municípios, bem como o valor correspondente à contrapartida a ser executada, se for o caso.

Uma das atribuições da SES é a de realizar transferências regulares e automáticas em programas pactuados de forma tripartite. Ocorre que em determinados momentos o repasse de valores é intempestivo. Assim, faz-se necessário envidar esforços junto à Secretaria de Estado da Fazenda para disponibilizar os recursos financeiros em tempo hábil, de forma a garantir a efetiva prestação das ações e serviços de saúde por parte dos municípios.

➤ **discricionárias:** Para o custeio e o investimento necessários à realização das ações e dos serviços públicos de saúde nos municípios, os recursos do FES são transferidos diretamente aos Fundos Municipais, através de apresentação de plano de trabalho, inclusive para recursos financeiros de emendas parlamentares, encaminhado pela unidade interessada, cabendo à pasta, por meio de sua área finalística, emitir posicionamento quanto à aprovação da proposta. Cada proposta aprovada terá a sua formalização efetivada, mediante edição de portaria específica, pelo Secretário de Saúde, na qual deverá estar definido o valor, o período de execução e o cronograma de desembolso dos recursos financeiros a serem transferidos aos Municípios. A regulamentação, monitoramento, critérios e prestação de contas das transferências voluntárias discricionárias estão sendo efetuada atualmente pela Portaria nº 269/2016 – GAB/SES – GO, sendo criado um grupo de trabalho com a participação do Conselho Estadual de Saúde e outros entes para estudo e atualização de seus parâmetros.

#### 1.4.7 Processos de Trabalho Intra e Interinstitucional

A Secretaria de Estado da Saúde atualmente conta com 02 tipos de Mapeamento de processos de trabalho Intrainstitucional, são eles:

## Projeto de Mapeamento de Riscos de Corrupção

O mapeamento de riscos de corrupção consiste em ferramenta de gestão que permite aos agentes públicos mapear os processos organizacionais e de serviços no âmbito dos órgãos e das entidades que dirigem, de forma a identificar fragilidades que possibilitem a ocorrência de atos de corrupção, conforme determinação do Decreto 7.905 de 11 de junho de 2013.

Atualmente a Secretaria atua em parceria com a Controladoria Geral do Estado no mapeamento de 22 processos finalísticos e de apoio da SES/GO:

Já foram mapeados os seguintes processos:

- Fiscalização Sanitária;
- Processo Administrativo Sanitário;
- Macro Processos de Aquisições e Contratações (7 subprocessos);
- Empenho;
- Liquidação;
- Pagamento;
- Fundo Rotativo; e
- Diárias.

Para este 2º semestre/16 mapearemos os seguintes processos:

- Gestão de Contratos;
- Acompanhamento e Fiscalização de Contratos de Gestão;
- Gestão de Convênios;
- Gestão do Estoque e Dispensação de Medicamentos de Alto Custo; e
- Desenvolvimento e Implantação de Sistemas.

Previsão de mapeamento em 2017:

- Plano de Fortalecimento;
- Processamento produção no SIA (Sistema Informação Ambulatorial) de gestores e estabelecimentos sob Gestão Estadual;
- Processamento produção no SIH (Sistema Info Hospitalar) de gestores e estabelecimentos sob Gestão Estadual;
- Qualificação de Profissionais para o SUS;
- Transferência de Recursos a Unidade de Saúde para custear programas educação permanente aos profissionais de saúde;
- Processo de acompanhamento e fiscalização de consumo de produtos e da prestação de serviços;
- Recebimento, armazenagem e distribuição de bens de consumo, móveis e equipamentos;
- Fiscalização de Obras e Serviços de Engenharia e Arquitetura; e

- Contratação de pessoas sob o regime de contrato por tempo determinado.

### **Projeto Gerenciamento Matricial de Despesas**

O Projeto de Gerenciamento Matricial de Despesas (GMD) consiste em metodologia específica de planejamento e controle dos gastos públicos de forma cruzada, sendo que o planejamento e controle cruzados consistem em analisar e monitorar as despesas tanto sob a ótica de sua natureza técnica quanto da unidade em que ocorrem, conforme determina o Decreto 8.446 de 01 de setembro de 2015.

A Secretaria de Saúde Estadual em parceria com a Secretaria de Estado da Fazenda e a Consultoria Falconi, estão realizando o gerenciamento das despesas a partir de metas definidas para as despesas da SES e para as despesas com “Materiais e Serviços de Saúde” em todo o Estado.

Essa análise é realizada em ciclos mensais quando na oportunidade são analisadas as despesas. Quando não são atingidas as metas elabora-se um plano de ação que visam a redução.

Iniciamos estas análises de ciclos mensais em Outubro/2015 e concluiremos o 1º ano deste projeto em setembro/2016.

A gestão do SUS em Goiás tem sido coordenada de forma interinstitucional por:  
Secretaria de Estado da Saúde;

Conselho de Secretários Municipais de Goiás - COSEMS/GO;

Conselho Estadual de Saúde – CES; e

Fóruns de pactuação:

Comissão Intergestores Regional – CIR; e

Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

## **1.4.8 Participação e Controle Social**

### **1.4.8.1 Ouvidoria do SUS**

Dentre os princípios que balizam o SUS, existe o desafio constante de alcançar a universalidade e a integralidade do atendimento frente às grandes diferenças socioeconômicas do Brasil. Ademais, o SUS tem como dever estabelecido pelo Decreto 7.508/11, que regulamenta a Lei Orgânica do SUS, a apuração permanente das necessidades e satisfação do cidadão.

A Ouvidoria é um importante canal democrático de comunicação entre os cidadãos e os órgãos e entidades do SUS. Também se constitui como instrumento de gestão e disseminação de informações de Saúde, a considerar obtenção de dados que subsidiam e legitimam as ações dos gestores nas três esferas de Governo.

No Estado de Goiás, a Rede de Ouvidoria SES-GO esteve em franca expansão no número de Interloquções e Ouvidorias (Tabela 52 e Gráfico 75), o que acarretou no incremento e modificação da participação popular (Tabela 53, Gráficos 76 e 77).



**Tabela 52: Rede de Ouvidoria do SUS no Estado de Goiás – Interloções e Ouvidorias.**

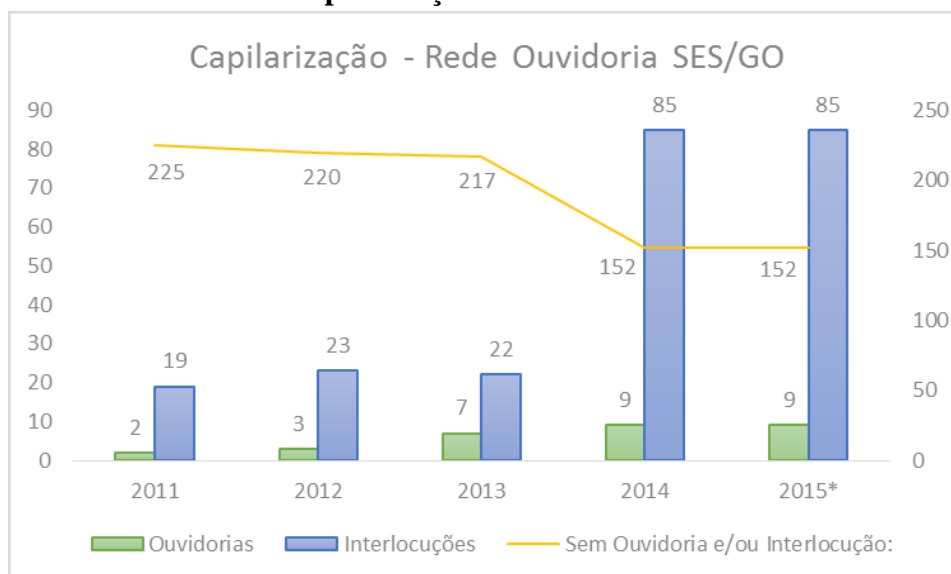
	2011	2012	2013	2014	2015*
Ouvidorias	02	03	07	09	10
Interloções	19	23	22	85	85
Municípios Sem Ouvidoria e/ou	225	220	217	152	151

Fonte: Ouvidoria SES-GO.

\*Dados consolidados de janeiro a dezembro de 2015.

Os dados de Capilarização da Rede de Ouvidoria do SUS no Estado de Goiás, assim como os dados relativos à participação popular, foram atualizados através de planilhas e banco de dados encaminhados pelo DOGES/MS, relacionando os municípios com acesso ao Sistema Ouvidor SUS.

**Gráfico 75: Capilarização – Rede Ouvidoria SES/GO.**



Fonte: Ouvidoria SES-GO.

\*Dados consolidados de janeiro a dezembro de 2015.

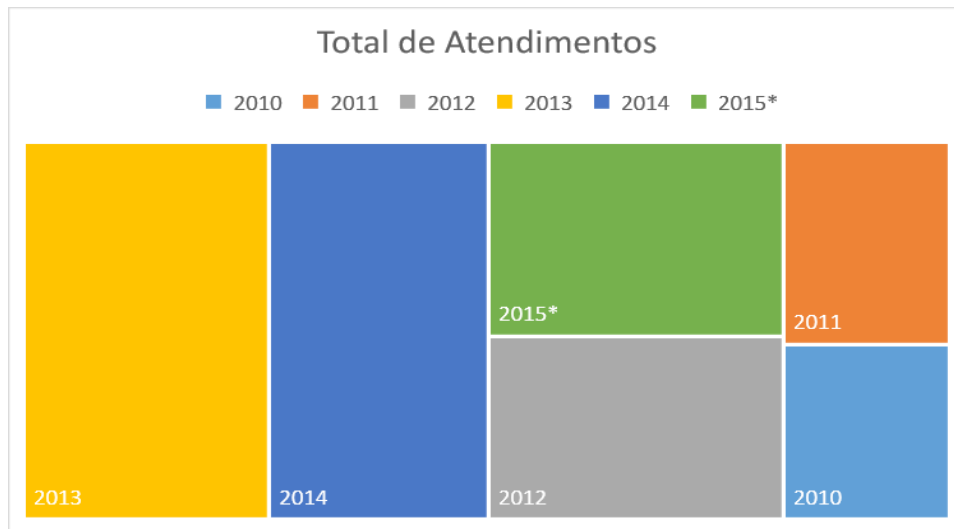
**Tabela 53: Total de Atendimentos na Rede de Ouvidoria do SUS no Estado de Goiás.**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Registro de Demandas	1.047	1.205	1.933	3.307	2.952	2.572
Disseminação de	36	33	798	7.558	47.805	10.620
Total de Atendimentos	1.083	1.238	2.731	10.865	50.756	13.192

Fonte: Ouvidoria SES-GO.

\*Dados consolidados de janeiro a dezembro de 2015.

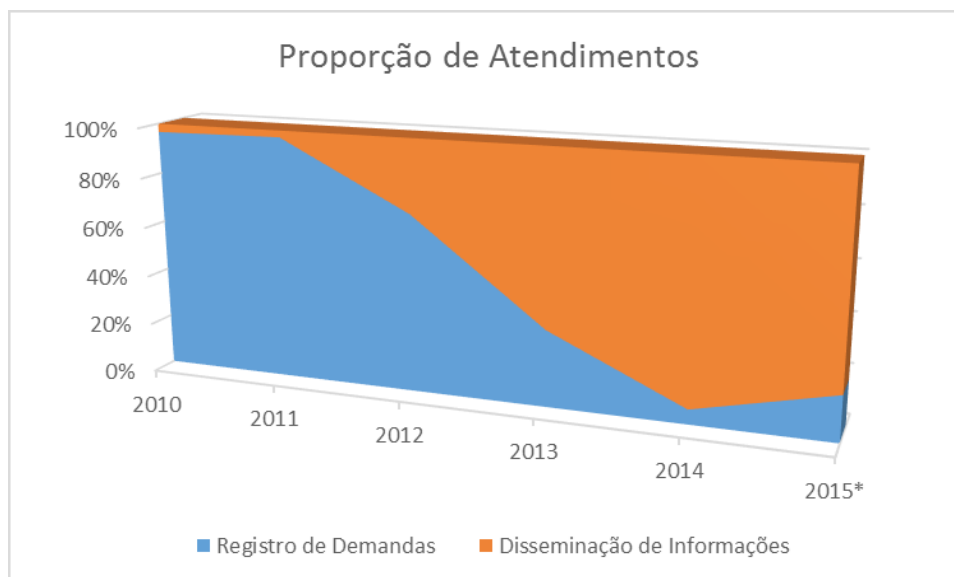
**Gráfico 76: Total de Atendimentos - Rede de Ouvidoria do SUS no Estado de Goiás.**



**Fonte: Ouvidoria SES-GO.**

\*Dados consolidados de janeiro a dezembro de 2015.

**Gráfico 77: Proporção de Atendimentos - Rede de Ouvidoria do SUS no Estado de Goiás.**



**Fonte: Ouvidoria SES-GO.**

\*Dados consolidados de janeiro a setembro de 2015.

#### 1.4.8.2 Conselho Estadual de Saúde

A participação e o controle social na Gestão da Política de Saúde foram institucionalizados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1.990, a qual é exercida pela sociedade organizada por meio das Conferências e Conselhos de Saúde. As Conferências têm a finalidade de avaliar a situação de saúde e formular diretrizes para subsidiar a elaboração dos planos de saúde. Os Conselhos de Saúde têm a finalidade de atuar na formulação da Política de Saúde e no controle da sua execução, inclusive nos

aspectos econômicos e financeiros.

A estrutura institucional de Participação e Controle Social da Política de Saúde no Estado de Goiás deve realizar 246 Conferências Municipais de Saúde a cada dois anos, no primeiro ano de mandato dos Executivos e Legislativos Municipais, e outra precedendo a Conferência Estadual de Saúde no primeiro ano de mandato do Executivo e Legislativo Estadual. A participação e controle social em Goiás devem contar com um Conselho Estadual de Saúde e 246 Conselhos Municipais de Saúde, devidamente organizados e em pleno funcionamento na forma prevista em lei.

#### **1.4.8.2.1 A Situação das Conferências de Saúde no Estado de Goiás**

Em 2015, o Conselho Estadual de Saúde coordenou a 8ª Conferência de Saúde, apoiando tecnicamente as Secretarias e Conselhos Municipais de Saúde e as Administrações Regionais de Saúde em todas as etapas, envolvendo 2.168 pessoas.

O apoio técnico foi executado por um Grupo de Trabalho composto com representantes das diversas áreas de atuação da SES/GO com a finalidade de orientar a aplicação da metodologia definida pelo CES. Na forma da Resolução nº 02/2015-CES, essa metodologia consistia na realização das etapas municipais, regionais e estadual, todas precedidas da atualização e ampliação do Mapa da Saúde, Análise da Situação de Saúde, Análise da Estrutura dos Sistemas Regionais de Saúde e elaboração de diretrizes.

Foram realizadas oficinas, em todas as regiões de saúde, com a participação de representantes do CES, CMS e técnicos da SES para orientar a aplicabilidade da metodologia de organização e realização das conferências municipais e regionais de saúde e mobilizar a sociedade para analisar, debater os problemas e formular diretrizes para subsidiar os planos de saúde.

O processo de mobilização resultou na realização de 246 Conferências Municipais e 18 Regionais, fato inédito na história das conferências de saúde em Goiás. Setenta e um por cento dos municípios realizaram a conferência de saúde pela primeira vez.

Levantamento realizado a partir dos relatórios e documentos das conferências municipais de saúde revelou que:

#### **Quanto a Estrutura Normativa**

- 143 (58,13%) dos 246 Conselhos Municipais de Saúde não emitiram resoluções orientando e deflagrando o processo de conferência.

**Figura 28: Existência de Resolução emitida pelo Conselho Municipal de Saúde.**



Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

- 113 (45,93%) dos 246 prefeitos municipais não publicaram decreto de convocação para as conferências.

**Figura 29: Publicação de Decreto de convocação.**



Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

- 104 (42,27%) dos 246 Conselhos Municipais de Saúde não emitiram regimento orientando a organização e funcionamento das conferências.

**Figura 30: Existência de Regimento da Conferência Municipal.**



Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

- 160 (65,04%) das 246 Conferências Municipais de Saúde não contaram regulamento para orientar o seu funcionamento.

**Figura 31: Existência de Regulamento para a Conferência Municipal.**



Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

**Quanto à Estrutura Física**

- 106 (43,09%) das 246 Conferências Municipais de Saúde não contaram com espaço físico adequado para realização da plenária.

**Figura 32: Espaço Físico Adequado para as plenárias**



Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

- 140 (56,91%) das 246 Conferências Municipais de Saúde não contaram com espaço físico adequado para realização de trabalhos em grupo

**Figura 33: Espaço Físico Adequado para os Grupos de Trabalho.**



Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

**Quanto à Estrutura Física**

- 186 (75,61%) das 246 Conferências Municipais de Saúde não contaram com computadores e projetores para realização das plenárias; e
- 239(97,15%) das 246 Conferências Municipais de Saúde não contaram com computadores e projetores para realização dos trabalhos em grupo.

**Figura 34: Estrutura Tecnológica para as Conferências.**



Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

**Quanto à Estrutura de Pessoal**

- 82 (33,33%) das 246 Conferências Municipais de Saúde não contaram com equipe de trabalho adequada para apoiar a realização das conferências.

**Figura 35: Existência de Lista Nominal com Definição de Função.**

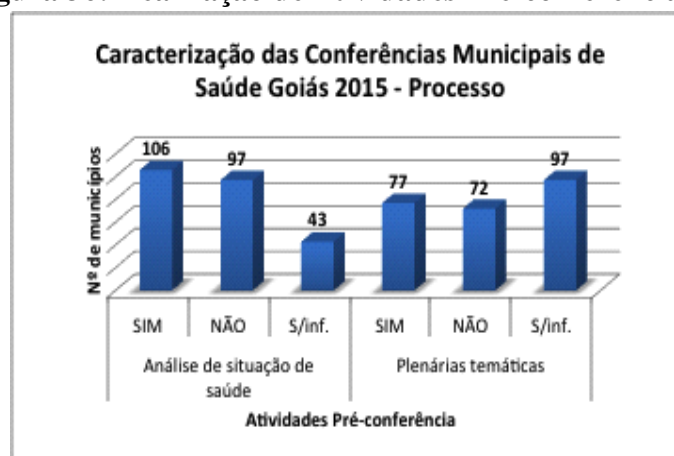


Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

#### Quanto ao Processo

- 140 (56,91%) das 246 Conferências Municipais de Saúde não foram precedidas de atividade para “análise da situação de saúde”; e
- 169 (68,70%) das 246 Conferências Municipais de Saúde não foram precedidas de Plenárias Temáticas.

**Figura 36: Realização de Atividades Pré-conferência (1).**



Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

- 140 (56,91%) das 246 Conferências Municipais de Saúde não apresentaram lista de participantes identificando as organizações representativas, dos segmentos, nas Plenárias Temáticas; e
- 220 (89,43%) das 246 Conferências Municipais de Saúde não apresentaram lista de delegados escolhidos para a Conferência Municipal de Saúde nas atividades de pré-conferências.

**Figura 37: Realização de Atividades Pré-conferência (2).**

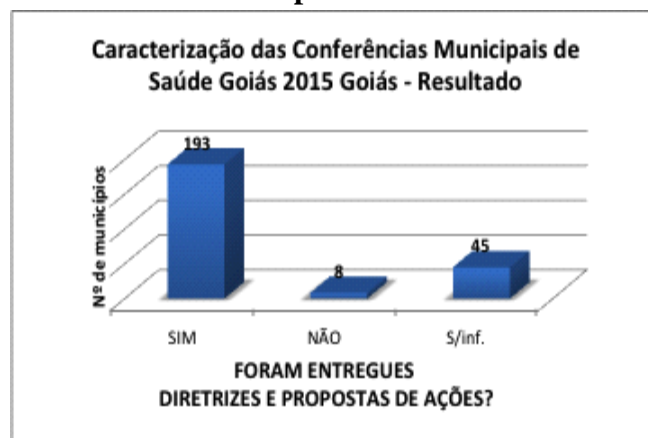


Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

**Quanto ao Resultado**

- 53 (21,54%) das 246 Conferências Municipais de Saúde não apresentaram relatórios de diretrizes e propostas para subsidiar a elaboração dos Planos Estadual e Nacional de Saúde.

**Figura 38: Diretrizes e Propostas de Ações contidas no Relatório da Conferência Municipal de Saúde.**



Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

- 59 (23,98%) das 246 Conferências Municipais de Saúde não informaram se escolheram delegados para participarem da Conferência Regional de Saúde, Figura 41.



**Figura 39: Escolha de Delegados para a Conferência Regional por segmento.**

Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

Ainda que a realização de 246 Conferências Municipais de Saúde e 18 Regionais utilizando-se da metodologia de atualização do Mapa da Saúde e realização de Análise da Situação de Saúde represente avanços, há que se reconhecer fragilidades nos processos de organização e funcionamento das conferências, especialmente quanto:

- Às formalidades legais;
- À paridade das representações;
- À articulação interfederativa;
- Ao apoio técnico para conformação do Mapa da Saúde e realização de Análise da Situação de Saúde;
- À elaboração de diretrizes vinculadas aos problemas reais de cada unidade federada.

### A Situação dos conselhos de saúde no Estado de Goiás

No Conselho Estadual de Saúde está em curso a implantação de um processo de melhorias da sua estrutura, processos de trabalho e da agenda política e institucional.

Avançou-se na estrutura legal com a publicação da Lei nº. 18.865 de 10 de junho de 2015 que dispõe sobre a composição, a organização e as atribuições e o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES-GO) e na estrutura física, tecnológica e humana com a locação de novas instalações prediais, aquisição de móveis, equipamentos, alocação de pessoal para composição da equipe da Secretaria-Executiva e o mapeamento dos processos de trabalho. No campo político-institucional o CES instituiu a Política Estadual de Educação Permanente para a Participação e Controle Social do SUS no Estado de Goiás, conforme Resolução CES-GO nº 07/2015.

Ainda que o CES tenha conquistado avanços na sua estruturação pode-se afirmar que há fragilidades quanto à estrutura legal, física, tecnológica, humana.

A estrutura de comissões de apoio está em fase embrionária e o desenvolvimento dos seus processos de trabalho, especialmente, quanto às ações de formulação e controle (apreciação dos instrumentos de gestão) da execução da política de saúde e de apoio aos Conselhos Municipais de Saúde está distante de ser consolidado.

De acordo com levantamento realizado, em dezembro de 2015, no banco de

dados do Sistema de Informação e Apoio aos Conselhos Municipais de Saúde – SIACS, dos 246 Conselhos Municipais de Saúde, 29 (11,79%) ainda não foram cadastrados.

Dos 217 Conselhos Municipais de Saúde cadastrados foram colhidos os seguintes dados:

- 33% contam com espaço físico exclusivo para suas atividades;
- 67% têm que compartilhar espaço com outras estruturas da Secretaria Municipal de Saúde;
- 93% têm presidente;
- 91% têm Secretário-Executivo;
- 57% têm Mesa Diretora na forma da Resolução nº 453/2012-CNS;
- 51% buscam melhorar a atuação dos conselheiros por meio de capacitações;
- 76% não têm dotação orçamentária prevista no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde.

Os registros estatísticos acima não revelam toda realidade dos Conselhos Municipais de Saúde. Portanto, recorre-se a informações de domínio público para registrar que, os mesmos, padecem de um problema político cultural de baixa representatividade e legitimidade, supostamente originada por processos eleitorais que maculam a finalidade da participação social republicana.

Para superar as fragilidades identificadas acima é necessário o alinhamento das estruturas e processos de trabalho às necessidades de maior atuação da sociedade organizada nas atividades do CES por meio da estruturação das comissões de apoio e a implantação de um programa de apoio aos conselhos Municipais de Saúde para viabilizar melhorias na educação para participação social, estruturação das condições de trabalho e adequação dos processos eleitorais nos conselhos e da organização e funcionamento das Conferências Municipais de Saúde.

#### **1.4.9 Consórcios Públicos**

Atendendo ao Plano de Desenvolvimento Estratégico do Governo Estadual, que visa o resultado de amplo atendimento local em saúde e a integração dos recursos regionais, a Secretaria de Estado da Saúde /SES-GO criou, em julho de 2013, o Núcleo de Consórcio Público em Saúde – NCPS, formalizado pela Portaria nº 847/2014-GAB/SES-GO, cujo principal objetivo é fomentar a constituição, a efetivação e o desenvolvimento de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de Goiás.

A SES-GO, valendo-se do projeto de implantação de Ambulatórios Médicos de Especialidades – AME, fomenta a criação de Consórcios Intermunicipais em Saúde - CIS para, em parceria com os municípios, financiar o custeio dessas unidades, ficando o investimento em construção e equipamentos dos AME sob responsabilidade exclusiva do Estado.

O NCPS tem concentrado esforços inicialmente, na criação de 06 (seis) Consórcios Intermunicipais em Saúde nas Regiões de Saúde: São Patrício II Rio Vermelho, Oeste II, Sudoeste I, Entorno Norte e Nordeste II, além das ações de divulgação e sensibilização para o tema, em todas as 18 (dezoito) regiões de saúde.

Temos hoje implantados, 02 (dois) Consórcios Públicos Intermunicipais em Saúde: o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II – CISO II, com sede em

São Luís de Montes Belos e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste Goiano – CISSGO, com sede em Quirinópolis, ambos em fase inicial de operacionalização de serviços.

A implantação de consórcios públicos, como um modelo de gerenciamento de ações e serviços, nos termos da Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005 e do Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007, em consonância com todo o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde – SUS tem sido o grande desafio do NCPS junto às demais regiões sanitárias.

### 1.4.10 Série Histórica dos indicadores pactuados do SISPACTO 2012 a 2015



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS

Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças  
Gerência de Planejamento

#### Planilha de Pactuação/ Resultados das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do SISPACTO 2012/2013/2014 e 2015

Diretrizes, Objetivos e Metas	Meta 2012	Resultado 2012	Meta 2013	Resultado 2013	Meta 2014	Resultado 2014	Meta 2015	Resultado 2015	Unidade Medida	
<b>Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.</b>										
<b>Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.</b>										
1	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	62	65,48	65	66,59	72	69,16	74	68,97	%
2	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAE)		34,82	36	33,2	34	33,15	33	29,93	%
3	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	73	74,08	75	76,66	75	77,78	75	75,71	%
4	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL.	50	56,08	50	57,29	57	57,38	57	58,08	%
5	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	3	2,09	3	2,44	3	1,13	3	1,17	%
6	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS		5,29	5	9,26	5	6,52	5	5,49	%
<b>Objetivo Nacional 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.</b>										
7	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE		1,16	1,08	1,31	1	1,22	1	0,97	/100
8	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE		4,14	1,35	4,22	1	4,09	1,5	3,78	/100
9	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE		3,95	0,24	4,4	1	4,75	1	5,21	/100
10	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE		2,77	0,23	3,05	0,2	3,14	0,3	3,1	/1000
11	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO.	20	2,82	50	4,05	50	3,75	50	5,06	%
<b>Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.</b>										
<b>Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.</b>										
12	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	195	265	276	372	303	338	330	402	Número Absoluto
13	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE		48,47	49,32	50,3	50,36	49,43	58%	...	%
14	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)		12,87	10,82	15,94	12,4	17,87	11,20%	16,68%	%
15	PROPORÇÃO DE ÓBITOS, EM MENORES DE 15 ANOS, NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)		14,58	10	14,14	16,2	11,82	Não se aplica	Não se aplica	%
16	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)		100	100	100	100	100	Não se aplica	Não se aplica	%
<b>Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS</b>										
17	PROPORÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGULADAS		Indicador excluído	100	Indicador excluído	Não se aplica	Indicador excluído	Indicador Excluído	Indicador excluído	%
<b>Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.</b>										
<b>Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.</b>										
18	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,21	0,43	0,5	0,4	0,5	0,31	0,5	0,28	RAZÃO
19	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,18	0,15	0,2	0,17	0,3	0,16	0,2	0,14	RAZÃO
<b>Objetivo Nacional 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.</b>										
20	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	40	33,86	35	32,87	35	32,33	30	33,79	%
21	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.	70	63	65	63,39	65	64,05	70	65,72	%
22	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE.		0,36	2	0,4	2	0,01	2	0,007	RAZÃO
23	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.	41	54	35	49	35	53	40	53	Número Absoluto
24	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	12,94	14,4	12	13,86	13,9	12,81	12,5	12,41	/1000
25	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	35	76,69	40,43	81,27	40	67,76	70	47,55	%
26	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNS INVESTIGADOS		81,48	46,88	100	80	98,11	100	48,27	%
27	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS		88,51	67,52	92,42	70	84,61	85	72,77	%
28	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	45	115	65	226	73	340	47	267	Número Absoluto
<b>Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.</b>										
<b>Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.</b>										
29	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	0,62	0,58	0,75	0,6	0,63	0,62	0,69	0,7	/100.000
<b>Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.</b>										
<b>Objetivo 5.1 - Melhorar das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.</b>										
30	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)		307,25	306,85	295,39	300,71	294,41	294,69	291,81	/100.000

Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.										
Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.										
35	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	95	88,43*	70	65,85	75	40,24**	70	48,78	%
36	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	85	68,21	85	67,53	85	70,19	85	...	%
37	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE		62,12	72	67,43	74	70,49	77	...	%
38	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	93,04	96,92	93,11	97,34	95	97,3	95	96,85	%
39	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	80	82,95	80	80,08	82	54,02	60	71,05	%
40	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.	80	77,64	44,3	84,15	44,3	81,3	65	88,2	%
41	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	100	3,66	100	4,88	100	5,69	100	5,69	%
42	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	0	5	2	8	1	4	2	0	Número Absoluto
43	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200 CEL/MM3		30,66	35	0,02	25	...	28	29,5	%
44	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS		118607	135.342	110.197	144.012	117.554	129.310	102.540	Número Absoluto
45	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	85	71,85	84	83,52	85	79,9	87	...	%
46	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENIASE EXAMINADOS		78,88	75	78,4	80	81,58	85	...	%
47	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL		4	6	5	6	4	5	8	Número Absoluto
48	PROPORÇÃO DE CAES VACINADOS NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA CANINA		86,64	83	85,47	85	92,82	85	...	%
49	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS		15	4,05	58,51	4,05	6,5	10	74,13	%
51	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	46	52	47	94	85	94	84	0	Número Absoluto
52	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE		...	80	41,46	80	0,41	80	45	% Número de Ciclos
Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.										
53	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	35	42,84	35	71,91	35	73,63	50	77,88	%
Diretriz 8 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.										
Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS como estratégia de qualificação da gestão da assistência farmacêutica no SUS.										
54	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM O SISTEMA HORUS IMPLANTADO, OU ENVIANDO O CONJUNTO DE DADOS POR MEIO DO SERVIÇO WEBSERVICE		...	21,5	21,5	25,6	25,6	52,44	52,44	%
Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza..										
55	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DA EXTREMA POBREZA COM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E CENTRAIS DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADOS		...	25	25	38,46	38,46	69,23	69,23	%
Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da										
56	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO ANO		95,45	100	90,91	100	85	100	...	%
Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.										
Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.										
57	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS		...	100	...	100	...	30	30	%
58	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE COLETIVA		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	90	7,4	%
59	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	50	50	%
60	NÚMERO DE PONTOS DO TELESSAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS		0	N/A	N/A	70	3	100	66	Número Absoluto
Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprezarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.										
61	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS		98,8	87,58	98,78	96,09	98,33	99,46	97,95	%
Objetivo 11.3 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.										
62	NÚMERO DE MESAS OU ESPAÇOS FORMAIS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU MANTIDOS EM FUNCIONAMENTO		1	2	...	2	...	1	0	Número Absoluto
Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.										
Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.										
63	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE		0	1	1	1	1	1	0	Número Absoluto
64	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS		1	132	1	210	0	247	0	Número Absoluto
Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.										
Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.										
65	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	1	11,38	2,8	13,01	3,65	17,07	3,65	17,07	%
66	COMPONENTE DO SNA ESTRUTURADO		1	1	1	1	1	1	1	Número Absoluto
67	PROPORÇÃO DE ENTES COM PELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Número Absoluto

LEGENDA	
	Indicadores não existentes no Sistema SISPACTO em 2012
...	Resultados não informados no DATASUS

Os resultados de 2012 a 2014 foram extraídos de sistemas DATASUS. Os de 2015 foram informados pelas áreas técnicas da SES, pois os mesmos ainda não foram disponibilizados e podem sofrer alterações.

## 2. OBJETIVO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

---

É promover uma análise da situação atual da saúde no Estado de Goiás e propor para o próximo quadriênio diretrizes e metas a serem seguidas, visando o alcance das condições necessárias para o pleno funcionamento do Sistema Único de Saúde e da melhoria da qualidade de vida da população goiana.

### 3. EIXO, DIRETRIZES E METAS

#### **Eixo 1 (CNS): Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade.**

##### **Diretriz 1: Aprimoramento da Atenção Primária como porta de entrada preferencial do SUS, com maior aporte de recursos estaduais.**

- 1.1 - Coordenar a organização e qualificação da Atenção Primária em Saúde nos 246 municípios goianos, utilizando a estratégia da Planificação da APS;
- 1.2 - Garantir o acesso da população dos 246 Municípios goianos aos exames laboratoriais complementares essenciais à atenção integral à saúde;
- 1.3 - Garantir o acesso da população dos 246 Municípios goianos aos serviços essenciais à atenção integral à saúde.

##### **Diretriz 2: Garantia de ampliação e qualificação do acesso às ações e aos serviços de saúde de qualidade, com equidade, aprimorando a atenção primária e especializada, a vigilância em saúde e a assistência farmacêutica no SUS.**

- 2.1 - Implantar, implementar e incrementar a execução das Políticas de Atenção Integral à Saúde nos 246 municípios do Estado;
- 2.2 - Ampliar a cobertura e o acesso da população às ações e serviços de imunização nos 246 municípios do Estado com qualidade e segurança;
- 2.3 - Coordenar e implementar a vigilância, controle e atenção às doenças e agravos não transmissíveis, agravos e doenças transmissíveis e a ações e serviços de promoção da saúde nos 246 municípios do Estado;
- 2.4 - Instituir e implementar a área de vigilância nutricional e alimentar na estrutura da Vigilância em Saúde do Estado;
- 2.5 - Instituir e qualificar a Rede de Vigilância do Óbito nos 246 municípios do Estado;
- 2.6 - Implementar a vigilância e o monitoramento da qualidade de produtos e serviços nos 246 municípios do Estado;
- 2.7 - Coordenar a implantação dos protocolos de segurança do paciente em 100% dos serviços de saúde públicos e privados no Estado;
- 2.8 - Instituir e implementar o Plano Estadual de Prevenção e Controle do Aedes;
- 2.9 - Implantar a rede estadual de laboratórios de controle de qualidade em saúde pública nas 05 Macrorregiões do Estado;
- 2.10- Implantar a linha de cuidado das pessoas com intoxicações que evoluírem para cronicidade nos 246 municípios do Estado;
- 2.11- Implantar/implementar e qualificar 100% das Redes de Atenção a Saúde no SUS do Estado;
- 2.12- Implementar o sistema de gestão da assistência farmacêutica nos 246 municípios do Estado;

- 2.13- Garantir o acesso da população a 100% dos medicamentos de responsabilidade do Estado e 100% do cofinanciamento estadual para a farmácia básica e os insumos pactuados em CIB.

#### **Eixo 5 (CNS): Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde.**

##### **Diretriz 3: Desenvolvimento da capacidade institucional de planejamento, monitoramento, regulação, auditoria e avaliação.**

- 3.1 - Implantar programas estruturantes para o fortalecimento do acesso às ações e serviços de saúde prioritários nas 18 Regiões de Saúde do Estado;
- 3.2 - Incrementar a capacidade institucional das Superintendências e Regionais de Saúde da SES/GO para coordenar o processo de planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde nas 18 Regiões de Saúde do Estado;
- 3.3 - Estabelecer, desenvolver e/ou implantar instrumentos de monitoramento, avaliação e auditoria da qualidade dos serviços de atenção primária e de atenção especializada nos 246 municípios do Estado;
- 3.4 - Estabelecer, desenvolver e/ou implantar instrumentos de monitoramento, avaliação e auditoria das ações de Vigilância em Saúde nos 246 municípios do Estado;
- 3.5 - Estabelecer, desenvolver e/ou implantar instrumentos de monitoramento, avaliação e auditoria das Políticas de Atenção Integral à Saúde;
- 3.6 - Reestruturar e pactuar a política de regulação de sistemas de saúde para o Estado;
- 3.7 - Reestruturar e incrementar sistemas inteligentes de gestão no processo de regulação assistencial;
- 3.8 - Garantir o apoio administrativo necessário para o desenvolvimento das atividades da SES;
- 3.9- Fortalecer o processo de gestão estratégica e participativa nos 246 municípios; e
- 3.10 Fortalecer a relação interfederativa garantindo a governança regional em 100% das Regiões de Saúde.

#### **Eixo 4 (CNS): Financiamento do SUS e Relação Público-Privado.**

##### **Diretriz 4: Implantação de estratégias de gestão inteligente na SES para melhorar o desempenho de competências e maior cooperação com os municípios.**

- 4.1 - Prover de sede própria a SES e as Regionais de Saúde;
- 4.2 - Adequar infra-estrutura da Sede da SES, das Regionais de Saúde e das Unidades Assistenciais de Saúde próprias do Estado;
- 4.3 - Qualificar o gerenciamento do modelo de gestão implantado pela SES para a rede própria de assistência a saúde;
- 4.4 - Aperfeiçoar o monitoramento e fiscalização de 100% das Unidades Assistenciais de Saúde próprias do Estado, sob gestão compartilhada com as Organizações



Sociais;

- 4.5 - Fortalecer a capacidade institucional e operacional das 18 Regionais de Saúde para o desempenho resolutivo de suas competências na respectiva Região de Saúde.;
- 4.6 - Atender 100% das demandas de ações e serviços de saúde de média e alta complexidade.

## **Eixo 2 (CNS): Participação Social.**

### **Diretriz 5:Qualificação dos processos de Participação e Controle Social do SUS no Estado de Goiás.**

- 5.1 - Adequar a estrutura organizacional e operacional do CES-GO ao exercício das suas atribuições até 2019;
- 5.2 - Instituir e implantar a gestão estratégica para resultados no CES-GO com 100% das ações estratégicas executadas até 2019;
- 5.3 - Implantar a Política Estadual de Educação Permanente para a Participação e o Controle Social até 2019;
- 5.4 - Instituir e implantar a Política Estadual de Comunicação, Informação e Informática para a Participação e o Controle Social do SUS até 2019;
- 5.5 - Realizar a 9ª Conferência Estadual de Saúde em 2019;
- 5.6 - Apoiar os 246 CMS na adequação das suas condições legais, técnicas, materiais, tecnológicas e humanas ao exercício das suas atribuições até 2019;
- 5.7 - Fortalecer a Ouvidoria da SES/GO para resposta a 100% das demandas dos usuários.

## **Eixo 3 (CNS): Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde.**

### **Diretriz 6:Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS.**

- 6.1 - Incrementar referência regional para Educação em Saúde nas 18 Regionais de Saúde e em 100% dos Fóruns de pactuação Regional;
- 6.2 - Implantar o planejamento ascendente e contínuo da Educação Permanente nas 18 Regiões de Saúde;
- 6.3 - Incrementar a execução do processo de Educação em Saúde nas 18 Regiões de Saúde, com ênfase na requalificação dos processos de trabalho dos ACS e ACE ;
- 6.4 - Estabelecer, desenvolver e/ou implantar instrumentos de monitoramento e avaliação de 100% dos egressos das ações de Educação Permanente em Saúde no Estado;
- 6.5 - Instituir e implantar a Política de Ensino e Pesquisa para o SUS em Goiás;
- 6.6 - Garantir a execução de 100% das demandas dos municípios e da SES para qualificação, formação e aperfeiçoamento do profissional de saúde;
- 6.7 - Proporcionar aos profissionais do SUS no âmbito Estadual acesso aos cursos de pós-graduação lato sensu e scrito sensu.

**Eixo 7 (CNS): Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS.****Diretriz 7: Implementação das ações de inovação tecnológica em saúde.**

- 7.1 - Incrementar em 20% a pesquisa de novas tecnologias em saúde de acordo com as necessidades do SUS no Estado;
- 7.2 - Instituir e implantar a Política Estadual de Inovação Tecnológica para o SUS;
- 7.3 - Incrementar a utilização do Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde – Conecta SUS, por meio da institucionalização do uso de 100% dos sistemas de tecnologia da informação e da análise de dados estatísticos, georreferenciados, em tempo real, para subsidiar a tomada de decisões estratégicas em saúde;
- 7.4 - Implantar sistemas de informação do SUS nos 246 municípios de Goiás.

**Eixo 6 (CNS): Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS.****Diretriz 8: Fortalecer a comunicação em saúde no Estado para consolidação das políticas públicas de saúde.**

- 8.1 - Promover o uso mais adequado das ferramentas de comunicação, por parte dos profissionais do SUS, para maior efetividade e abrangência de ações e serviços de saúde junto à população, nas 18 Regiões de Saúde;
- 8.2 - Implantar a rede de mobilização social da SES;
- 8.3 - Implantar o Núcleo de Produção Audiovisual da SES.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

\_\_\_\_\_.Casa Civil da Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

\_\_\_\_\_.Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_.Casa Civil da Presidência da República. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_.Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

\_\_\_\_\_.Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

\_\_\_\_\_.Presidência da República. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

\_\_\_\_\_.Presidência da República.. **Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006.** Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.

\_\_\_\_\_.Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

\_\_\_\_\_.Casa Civil da Presidência da República. **Decreto 6.017, de 17 de janeiro de 2007.** Regulamenta a Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.

\_\_\_\_\_.Presidência da República. **Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 254, de 31 de janeiro de 2002.**Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.529, 23 de novembro de 2004.** Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 432, de 06 de junho de 2006.** Atualização dos serviços de Nefrologia.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007.** Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria SVS/MS nº 453/98, de 01 de junho de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 647, de 11 de novembro de 2008.** Normas para a Implantação e Implementação da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 837, de 23 de abril de 2009.** Altera

e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.** Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.914, de 12 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.264, de 20 de junho de 2012.** Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de São Paulo e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.098, de 28 de dezembro de 2012.** Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Goiás e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 283, de 28 de fevereiro de 2013.** Autoriza o repasse do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 424, de 19 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e

obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 609, de 06 de junho de 2013.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 761, de 08 de julho de 2013.** Estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.378, 09 de julho de 2013.** Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013.** Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/ MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.276, de 26 de dezembro de 2013.** Regulamenta o incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais, previsto no art. 18, inciso II, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição de critérios gerais, regras de financiamento e monitoramento.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 183/2014, de 30 de janeiro de 2014.** Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 09 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 199, de 30 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 483, de 01 de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.082, de 23 de maio de 2014.** Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.084, de 23 de maio de 2014.** Revoga a Portaria nº 1.426/MS/SPM/SDH, de 14 de julho de 2004.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.083, de 23 de maio de 2014.** Institui o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, de que trata o art. 24 e parágrafo único da Portaria nº 1.082/GM/MS, de 23 de maio de 2014.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.808, de 26 de agosto de 2014.** Aprova o Componente Hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Goiás e aloca recursos financeiros para sua implementação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 796, de 17 de junho de 2015.** Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Goiás e Municípios.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.130, de 05 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde.**Portaria GM/MS nº 3.085, de 01 de dezembro de 2016.** Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Semana Epidemiológica 48/2015, de 29 de novembro a 05 de dezembro de 2015.**

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Semana Epidemiológica 13/2013, de 24 de março a 30 de março de 2013.**

\_\_\_\_\_.Gabinete Civil da Governadoria do Estado de Goiás. **Constituição do Estado de Goiás, de 05 de outubro de 1989.**

\_\_\_\_\_.Secretaria de Estado da Casa Civil de Goiás. **Lei 11.107, de 06 de abril de 2005.** Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.

\_\_\_\_\_.Secretaria de Estado da Casa Civil de Goiás. **Lei 17.797, de 19 de setembro de 2012.** Institui o Fundo Estadual de Saúde (FES), por meio de reestruturação do Fundo Especial de Saúde (FUNESA), e dá outras providências.

\_\_\_\_\_.Secretaria de Estado da Casa Civil de Goiás. **Lei 18.746, de 29 de dezembro de 2014.** Introduz alterações na Lei nº 17.257, de 25 de janeiro de 2011, adequando-a às prescrições da Lei n. 18.687, de 03 de dezembro de 2014, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_.Secretaria de Estado da Casa Civil. **Lei 18.865, de 10 de junho de 2015.** Dispõe sobre a composição, a organização, as atribuições e o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES-GO), e dá outras providências.

\_\_\_\_\_.Secretaria de Estado da Casa Civil. **Decreto 7.824, de 11 de março de 2013.** Regulamenta a Lei estadual nº 17.797, de 19 de setembro de 2012, que instituiu o Fundo Estadual de Saúde (FES).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Portaria nº 029/2012 GAB/SES-GO, de 24 de janeiro de 2012.** Institui o Comitê Estadual de Saúde em Desastres naturais.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Portaria nº 404/ 2012 GAB/SES-GO, de 11 de dezembro de 2012.** Institui, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, a sistemática de monitoramento e avaliação de Contrato de Gestão.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Portaria nº 847/ 2014 GAB/SES-GO, de 12 de novembro de 2014.** Institui o Núcleo de Consórcios Públicos em Saúde – NCPS, ligado à Superintendência Executiva da Secretaria de Estado da Saúde SUPEX/SES.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Portaria nº 269/ 2016 GAB/SES-GO, de 18 de abril de 2016.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos estaduais para as ações e os serviços de saúde.

\_\_\_\_\_. Conselho Estadual de Saúde de Goiás. **Resolução nº 02/ 2015 CES-GO, de 23 de fevereiro de 2015.** Dispõe sobre a Organização e Realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde de Goiás e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Conselho Estadual de Saúde de Goiás. **Resolução nº 07/ 2015 CES-GO, de 04 de agosto de 2015.** Dispõe sobre as “Diretrizes para a Política Estadual de Educação Permanente para Participação e Controle Social e dá outras providências”.

\_\_\_\_\_.Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 052, de 06 de setembro de 2005.** Aprova por pactuação o novo modelo do Plano Diretor de Regionalização/PDR do Estado de Goiás.

\_\_\_\_\_.Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 058, de 29 de setembro de 2005.** Aprovar por pactuação em sua reunião ordinária do dia 06/09//2005, a proposta de criação das Redes Estaduais de Alta Complexidade em Nefrologia, Cardiovascular e Traumatismo.



\_\_\_\_\_.Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 038, de 15 de maio de 2008.** Aprovar por pactuação em sua reunião ordinária do dia 15/ 05/2008, a proposta de organização dos serviços de Alta Complexidade em Atenção Cardiovascular.

\_\_\_\_\_.Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 039, de 15 de maio de 2008.** Alterar e aprovar por pactuação em sua reunião ordinária do dia 15 /05 /2008, a proposta de reorganização dos serviços de Alta Complexidade em Atenção Oncológica.

\_\_\_\_\_.Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 139, de 24 de junho de 2010.** Aprova a Organização e Implantação da Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no Estado de Goiás.

\_\_\_\_\_.Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 216, de 08 de dezembro de 2011.** Aprova o elenco de referência de medicamentos para tratamento de Infecções Oportunistas e doenças Sexualmente Transmissíveis e responsabilidade de aquisição.

\_\_\_\_\_.Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 002, de 25 de fevereiro de 2014.** Aprova AD REFERENDUM o pleito do Município de Aparecida de Goiânia para solicitar junto ao Ministério da Saúde a habilitação do Hospital São Bernardo como Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular.

\_\_\_\_\_.Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 286, de 16 de outubro de 2014.** Aprova os Planos de Ação das Macrorregiões Nordeste, Sudoeste e Centro Sudeste da Rede de Atenção Psicossocial no Estado de Goiás.