



SUS

Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE
DO ESTADO DE GOIÁS



**GOVERNO DO
ESTADO DE GOIÁS**

Desenvolvimento com Responsabilidade

SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – 2008/2011

Goiânia

2008

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

GOVERNADOR

Alcides Rodrigues Filho

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Helio Antonio de Sousa

CHEFE DE GABINETE

Carlos Alberto Dias

SUPERINTENDENTE DE PLANEJAMENTO

Irani Ribeiro de Moura

SUPERINTENDENTE DA LEIDE DAS NEVES FERREIRA

Zacarias Calil Hamu

SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Sandoval Moreira Mariano

SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL

Ângela Maria de Miranda Melo Cardoso

SUPERINTENDENTE DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Antônio Wilson Soares de Oliveira

SUPERINTENDENTE DE CONTROLE E AVALIAÇÃO TÉCNICA DE SAÚDE

Sílvio Divino de Melo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	05
INTRODUÇÃO	06
I - ANÁLISE SITUACIONAL	08
1 – CONDIÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	08
1.1 - Análise dos Aspectos Demográficos	08
1.1.1 – Crescimento Populacional	09
1.1.2 – Índice de envelhecimento	10
1.1.3 – Estrutura Etária da população	10
1.1.4 – Taxa de Fecundidade	11
1.1.5 – Mortalidade proporcional por idade	11
1.1.6 – Esperança de vida ao nascer	11
1.1.7 – Taxa bruta de mortalidade	12
1.2 - Análise dos Aspectos Sócios Econômicos	13
1.2.1 – Renda	13
1.2.2 – Desemprego	15
1.2.3 – Níveis de Escolaridade	16
1.2.4 – Infra-estrutura básica	17
1.2.5 – Índice de Desenvolvimento Humano - IDH	17
1.2.6 – Índice de Desenvolvimento Infantil IDI	18
1.3 - Análise dos Aspectos Epidemiológicos	18
1.3.1 – Mortalidade por Grupo de causas	19
1.3.2 – Morbidade	22
1.3.2.1 - Doenças não transmissíveis	22
1.3.2.2 - Doenças transmissíveis	27
1.3.2.3 - Doenças Imunopreveníveis	33
1.4 – Vigilância em Saúde	35
1.4.1 – Vigilância Epidemiológica	35
1.4.1.1 - Notificação Compulsória	35
1.4.1.2 - Imunização	36
1.4.1.3 – Núcleos de Apoio ao Controle das Endemias – NACES	40
1.4.1.4 – Laboratório de Saúde Pública - LACEN.....	41
1.4.2 - Vigilância Sanitária	45
1.5 – Atenção Básica	46
1.5.1 – Desempenho de Atenção Básica / indicadores do pacto da atenção básica	50
1.6 – Assistência Ambulatorial	60
1.6.1 – Capacidade instalada	60
1.6.2 – Produção ambulatorial	60
1.7- Assistência Hospitalar	67
1.7.1 – Capacidade instalada.....	67
1.7.2 – Produções hospitalar.....	70
1.8 – Assistências de Urgência e Emergência	70
1.8.1 – Regulação	72
1.9 - Central de Transplantes de Órgãos	74
1.10 – Assistência Farmacêutica	75

1.11 – Hemocentro	78
1.12 - Grupos Populacionais Específicos	80
1.12.1 - Ciclos de Vida.....	80
Saúde da Criança	80
Saúde do Adolescente	83
Saúde da Mulher	85
Saúde do Idoso	87
1.12.2 - Saúde da População Quilombola	89
1.12.3 - Saúde da População Indígena	89
1.12.4 - Áreas de Atenção Especial	90
Assistência à Pessoa com Deficiência Física e Auditiva	90
Assistência à Pessoa Com Transtornos Mentais	91
Saúde Bucal	92
Assistência Integral à População Carcerária	94
DST/AIDS e Anemia Falciforme	95
Saúde do Trabalhador	97
Assistência aos Radioacidentados	99
2 – CONDICIONANTES E DETERMINANTES DE SAÚDE	100
3 – GESTÃO EM SAÚDE	105
3.1 – Planejamento	105
3.2 – Qualidade em Saúde	109
3.3 – Descentralização\regionalização	113
3.4 – Financiamento	125
3.5 - Participação social	133
3.6 - Gestão do trabalho em saúde	143
3.6.3.7 - Educação em saúde	145
3.6.3.8 - Informação em saúde	149
3.6.3.9- Infra-estrutura	154
3.6.3.10 – Gestão da Rede Própria da SES	157
II – PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS	160
III - OBJETIVOS DIRETRIZES E METAS.....	170
1 – Eixo I - Condição de Saúde da População	170
2 – Eixo II - Condicionantes e Determinantes de Saúde	217
3 – Eixo III - Gestões em Saúde	218
IV – BIBLIOGRAFIA	244

APRESENTAÇÃO

Cumprindo a atribuição legal de se garantir o processo permanente de planejamento da saúde pública no âmbito estadual, o Governo de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, apresenta, a todos os *atores sociais* envolvidos direta ou indiretamente com o Sistema Único de Saúde, o ***Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011***. Tal instrumento de gestão representa a expressão de vontades para a construção de políticas capazes de contribuir na promoção das condições de vida da população e garantir o direito estabelecido na Constituição, considerando os princípios de universalidade, igualdade, equidade e integralidade.

O Plano Estadual de Saúde corresponde a um dos instrumentos do Planejamento que, a partir de uma análise situacional, expõe as estratégias de intervenção e os resultados esperados no período de quatro anos, possibilitando o acompanhamento e a avaliação da gestão do SUS.

Tomando como referência o Sistema de Planejamento do SUS – *PlanejaSUS*, durante o último trimestre de 2007 e o primeiro semestre de 2008, as equipes técnicas das diversas áreas da SES/GO, coordenadas pela Superintendência de Planejamento (SPLAN), desenvolveram todo o trabalho de análise situacional, ou seja, identificação dos problemas de saúde do Estado; e a elaboração de seus objetivos, diretrizes, estratégias e metas.

Seu formato permite abordagem segundo as seguintes áreas: atenção à saúde: fortalecimento da atenção primária; organização da rede de média e alta complexidade; políticas específicas; política de assistência farmacêutica; sistema de informação gestão em saúde, gestão do trabalho, vigilância em saúde e controle social.

É mister ressaltar, que, tal Plano, representa apenas a etapa inicial da função de planejar, sendo que sua visão é orientadora do nível estratégico. Nesse sentido, as intervenções práticas somente ocorrerão, a partir das *programações anuais*, em que serão definidas metas parciais e a quantificação das necessárias ações e serviços de saúde para o seu alcance.

Assim, a atual gestão espera que o ***Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011***, seja um documento orientador nas tomadas de decisão, permitindo uma atuação cada vez mais planejada do governo e sustenta por políticas públicas expressas pelos reais problemas da população.

Hélio Antonio de Sousa
Secretário de Estado da Saúde

INTRODUÇÃO

A implantação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm desafiando profissionais e gestores na sua condução e no seu aperfeiçoamento como um todo. O atual momento apresenta uma série de oportunidades de se dar um salto qualitativo na atenção à saúde oferecida à população (CONASS, 2003). É importante reconhecer, contudo, que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem um novo posicionamento do planejamento no âmbito do SUS, capaz de favorecer aplicação de toda a sua potencialidade, corroborando de forma plena e efetiva para a consolidação deste Sistema.

O ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana, ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito, relacionado com a manutenção ou a modificação de uma determinada situação (TEIXEIRA, 2002).

O planejamento é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria.

A Portaria GM/MS n. 3.085, de 1º de dezembro de 2006, regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. O referido Sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão do SUS, e pressupõe que cada esfera de governo realize o seu planejamento, articulando-se a fim de fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais. Esse Sistema – como parte integrante do ciclo de gestão do SUS – buscará de forma tripartite a pactuação de bases funcionais do planejamento, de monitoramento e da avaliação, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde. A referida portaria reitera um ponto fundamental para o SUS que é o reconhecimento das diversidades existentes nas três esferas de governo, e que o processo de planejamento deve levar em conta essa questão.

Nesse sentido, torna-se necessário elaborar instrumentos que contribuam para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios.

O Plano Estadual de Saúde é um dos principais instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde – SUS em que, a partir da análise situacional do Estado, expõe as estratégias de intervenção e os resultados esperados no período de quatro anos, possibilitando o acompanhamento e a avaliação da gestão do SUS em cada esfera de governo.

Considerando os avanços na implementação do SUS no estado de Goiás, a Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO apresenta no seu Plano Estadual de Saúde, as intenções e os resultados a serem buscados no período de 2008 a 2011, expressados em objetivos, diretrizes, estratégias e metas, tendo como base as prioridades e responsabilidades do Estado. O Plano de Saúde, por ser plurianual, necessitará de revisões periódicas.

O Plano de Saúde como o instrumento básico, norteia a definição da Programação Anual das ações e dos serviços a serem prestados, que por sua vez, serve como base para a posterior elaboração do relatório de gestão, sendo este um dos principais instrumentos de monitoramento e avaliação das ações do SUS.

O presente Plano foi estruturado em dois momentos: a análise situacional e a formulação dos objetivos, diretrizes, estratégias e metas; tendo como eixos orientadores para a formulação dos mesmos: as condições de saúde da população, os condicionantes e determinantes de saúde (intersetorialidade) e a gestão em saúde.

Este Plano norteia as políticas de saúde e o seu financiamento e contempla as ações frente às demandas e necessidades de Saúde da População Goianiense, tendo também como parâmetro as atribuições definidas no Termo de Compromisso de Gestão/2006, além das reivindicações referidas pela população na última Conferência Estadual Saúde/2007

Este documento é o resultado de uma reflexão interna da SES/GO que se apresenta agora ao Conselho Estadual de Saúde, demais instâncias gestoras (regionais e municipais) e atores envolvidos no SUS, para que num processo de construção coletiva se tenha o “Plano de Saúde do Estado de Goiás – 2008 a 2011”.

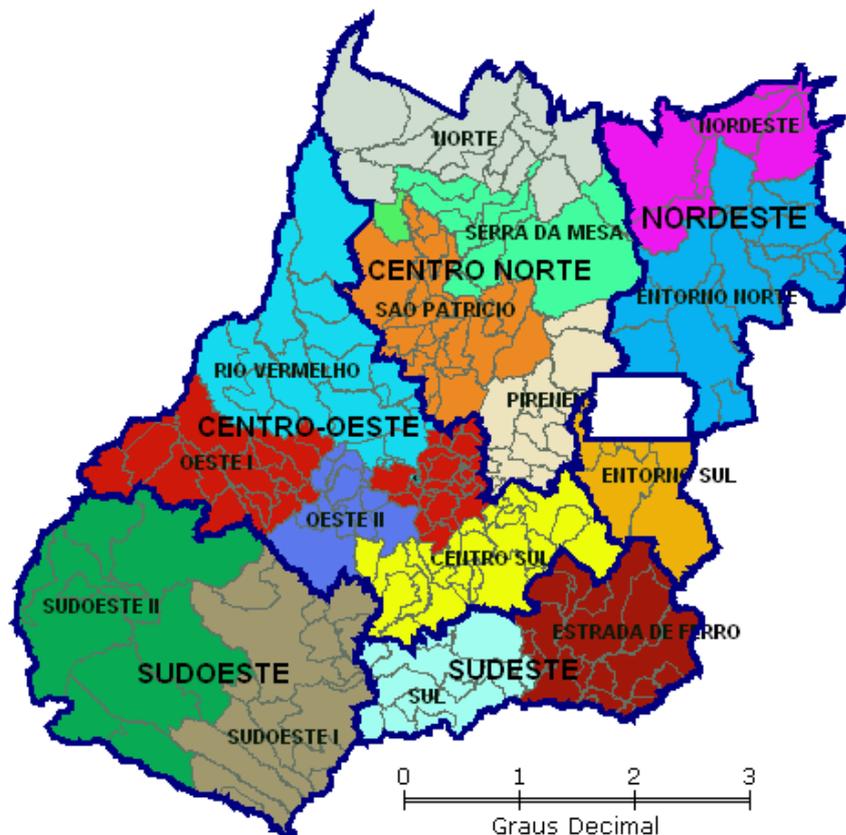
I - ANÁLISE SITUACIONAL

1 - CONDIÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

1.1 - ANÁLISE DE ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

O Estado de Goiás está localizado no Planalto Central do Brasil, ocupando uma área de 340.087 Km², o que representa 3,99% da área do país. Faz divisa, ao Norte, com o Estado do Tocantins, ao Oeste com os Estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e ao Leste com os Estados da Bahia e Minas Gerais. Seu clima é tropical, com temperaturas médias anuais entre 18°e 30°C e umidade relativa do ar com média anual em torno de 43%. Sua organização política administrativa compreende 246 municípios. Predominam no Estado municípios de pequeno porte, sendo que 68% destes possuem até 10.000 habitantes.

Figura 1 – Organização política administrativa do Estado de Goiás na área de saúde: macro e microrregiões



Perfil Populacional

É o estado mais populoso concentrando 43,2% da população total da região. A população segundo estimativa do IBGE, em 2007, é de 5.840.653, com uma densidade demográfica de 16,9 hab./km². Os doze municípios (Quadro 1) mais populosos representam 54,17% da população.

Quadro 1. População dos 12 maiores municípios do Estado de Goiás. 2007

ORDEM	MUNICÍPIOS	Nº. DE HABITANTES
01	Goiânia	1.239.651
02	Aparecida de Goiânia	470.733
03	Anápolis	324.157
04	Luziânia	194.238
05	Águas Lindas de Goiás	178.461
06	Rio Verde	139.200
07	Valparaíso de Goiás	128.311
08	Trindade	105.599
09	Planaltina	102.231
10	Novo Gama	99.773
11	Formosa	94.400
12	Itumbiara	87.263
TOTAL		3.164.017

Fonte: IBGE/2007

De acordo com dados do SEPLAN-GO / SEPIN, (Quadro 2) a Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual em Goiás reduziu de 2,33% em 1980/1991 para 1,74% em 2000/2007. Neste período a população do Estado aumentou de 3.121.000 para 5.840.653.

Quadro 2 - Estado de Goiás, Centro-Oeste e Brasil: Taxa média geométrica de crescimento anual.							
Especificação	Taxa de crescimento anual (%)						
	1980/1991	1991/1996	1996/2000	1991/2000	1980/2000	1996/2007	2000/2007
Goiás	2,33	2,36	2,60	2,46	2,39	2,05	1,74
Centro-Oeste	3,01	2,18	2,60	2,36	2,72	2,12	1,84
Brasil	1,93	1,36	1,97	1,63	1,79	1,44	1,15

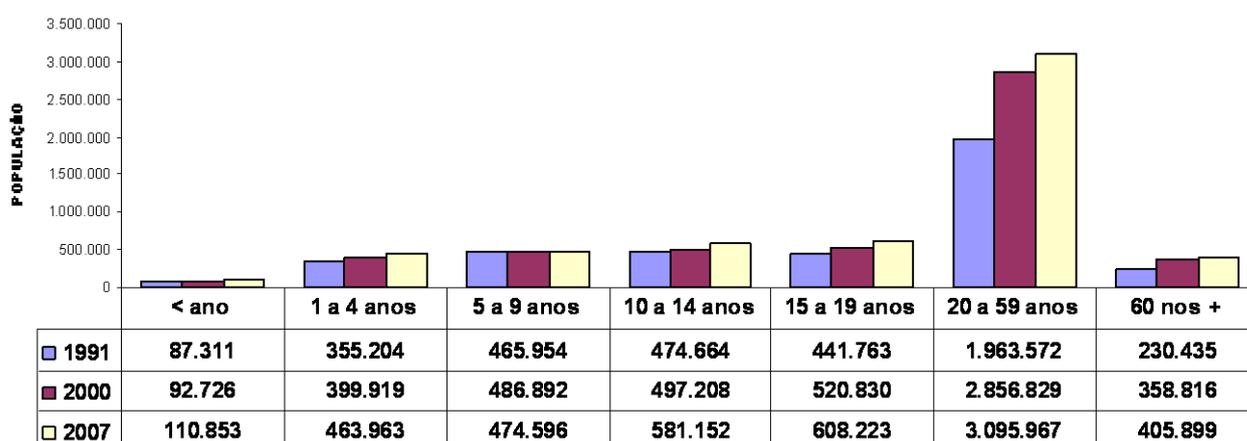
Elaboração: SEPLAN-GO / SEPIN / Gerência de Estatística Socioeconômica – 2007

Em relação ao grau de urbanização (quadro 3), no período de 1980 a 2006, constatou-se uma tendência de crescimento da população urbana, o qual, em 2006 representava 88,57% do total da população do Estado.

Quadro 3 - População residente urbana e rural, densidade demográfica e taxa de urbanização - Goiás 1980, 1991, 2000 - 06.					
Ano	População residente (mil habitantes)			Densidade demográfica (hab / km ²)	Taxa de urbanização (%)
	Total	Urbana	Rural		
1980	3.121	2.108	1.013	9,18	67,54
1991	4.019	3.248	771	11,82	80,82
2000	5.003	4.397	607	14,71	87,89
2006 (1)	5.750	5.093	657	16,91	88,57
Fonte: IBGE. Elaboração: SEPLAN-GO / SEPIN / Gerência de Estatística Socioeconômica 2007					(1) PNAD.

A faixa etária com maior taxa de crescimento proporcional no período de 1991-2007 foi acima de 60 anos (76,15%) passando de 230.435 mil para 405.899 mil. Na faixa etária menor de 1 ano, o crescimento foi 26,96% passando de 87.311 mil para 110.853 mil habitantes. **(Gráfico 1)**

Gráfico 1 - População por estrutura etária. Goiás, 1991, 2000 e 2007



Fonte IBGE- Censos Demográficos e Contagem Populacional para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS

De acordo com dados do IBGE, a população masculina registrou aumento de 38,08% no período de 1991 a 2005 e a população feminina de 40,8%.

Em razão do sexo, o Quadro 4, demonstra que embora nasçam mais homens, a partir dos 20 anos há uma razão maior de mulheres, sendo que acima dos 80 anos a razão é de 84,70 homens para 100 mulheres.

Quadro 4. População residente por faixa etária e sexo / razão de sexo – Goiás (2007)

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	Razão de Sexo (por 100)
Menor 1 ano	56.471	54.382	110.853	103,84
1 a 4 anos	236.724	227.239	463.963	104,17
5 a 9 anos	292.860	281.736	574.596	103,95
10 a 14 anos	295.234	285.918	581.152	103,26
15 a 19 anos	303.718	304.505	608.223	99,74
20 a 29 anos	552.829	569.288	1.122.117	97,11
30 a 39 anos	455.184	475.720	930.904	95,68
40 a 49 anos	317.630	327.436	645.066	97,01
50 a 59 anos	198.440	199.440	397.880	99,50
60 a 69 anos	121.257	124.776	246.033	97,18
70 a 79 anos	57.320	59.281	116.601	96,69
80 anos e mais	19.840	23.425	43.265	84,70
Total	2.907.507	2.933.146	5.840.653	99,13

Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus – 2007

Verifica-se que o Estado de Goiás conta ainda com uma **população** jovem, no entanto, sabe-se que está em uma fase de transição demográfica e passa por uma redução nas taxas de mortalidade e natalidade, contribuindo para o aumento do número de idosos e da esperança de vida ao nascer, ocorrendo um aumento significativo de 71,4 para 73,1 anos, no período de 2000 a 2006. A queda na **taxa bruta de natalidade e taxa de fecundidade total** vem sendo observada tanto na Região Centro-Oeste como no País, entretanto Goiás apresenta índices menores, o que lhe garante uma média geométrica de crescimento maior.

QUADRO 5 - Taxa de fecundidade total, taxa bruta de natalidade, taxa de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer, Goiás, Centro - Oeste e Brasil, 2000 - 2006

Especificação	Taxa de Fecund. total (1)		Taxa de bruta de natalidade (2)		Taxa de mort. Infantil (3)		Esperança de vida ao nascer	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Goiás	2,2	1,9	21,4	17,2	23,9	20,0	71,4	73,1
Cent. -Oeste	2,3	2,0	21,5	17,9	23,3	19,5	71,8	73,5
Brasil	2,4	2,0	21,4	17,3	30,4	25,1	70,4	72,4

Fonte: IBGE

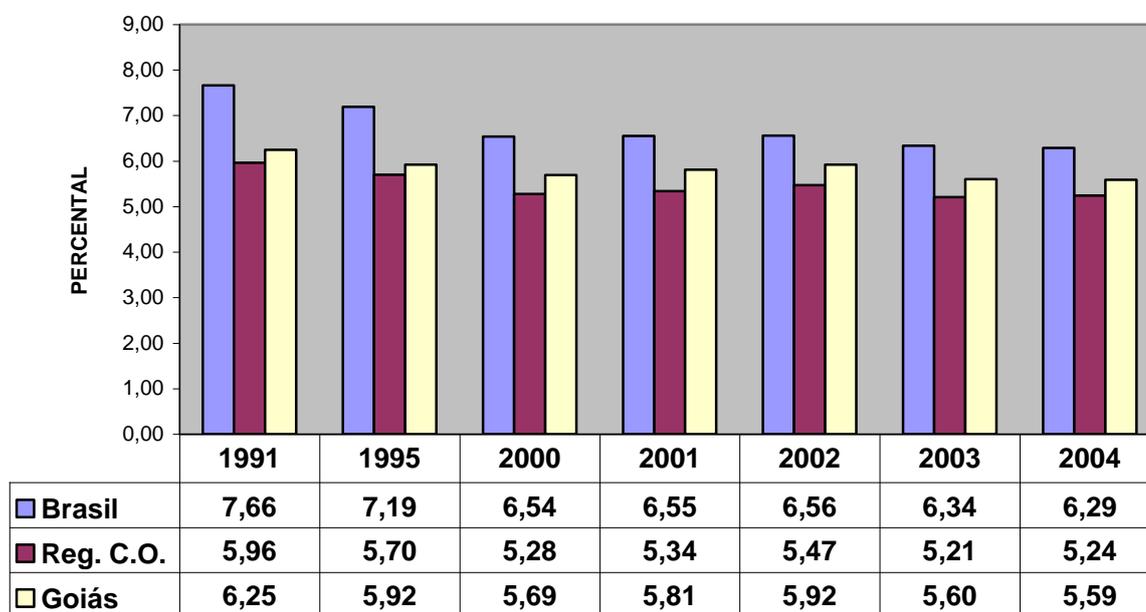
Elaboração: SEPLAN - GO /SEPLIN/ Gerência de Estatística Socioeconômica – 2007

- (1) Taxa de fecundidade total - N°. médio de nascidos vivos por mulher
- (2) Taxa bruta de natalidade - N°. de nascido vivos por 1000 habitantes.
- (3) Taxa de mortalidade infantil. de óbitos infantis, por 1000 nascidos vivos

Taxa bruta de mortalidade

A taxa bruta de mortalidade em Goiás vem apresentando diminuição nos últimos anos, seguindo o panorama do Brasil, em que houve um pequeno decréscimo. O Estado apresentou taxa de 6,25/1000 habitantes em 1991, apresentado valores decrescentes até 2004 (5,59/1000), sendo que, para o Brasil a taxa foi de 7,66 em 1991 e 6,29 em 2004, (SIM/ MS)

GRÁFICO 2 - TAXA BRUTA DE MORTALIDADE. BRASIL, REGIÃO CENTRO - OESTE E GOIÁS, 1991, 1995, 2000 A 2004



Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Taxa proporcional de mortalidade por idade

A taxa proporcional de mortalidade por idade mede a participação dos óbitos em cada faixa etária, em relação ao total de óbitos. Elevadas proporções de óbitos de menores de um ano de idade estão associadas a más condições de vida e de saúde. Enquanto que o deslocamento da concentração de óbitos para grupos etários mais elevados reflete a redução da mortalidade em idades jovens – sobretudo na infância – e o conseqüente aumento da expectativa de vida da população.

Observa-se, entre 1999 e 2004, significativo deslocamento da mortalidade proporcional para faixas etárias maiores, como resultado da redução da mortalidade infantil e do aumento da expectativa de vida que vem ocorrendo desde meados do século passado.

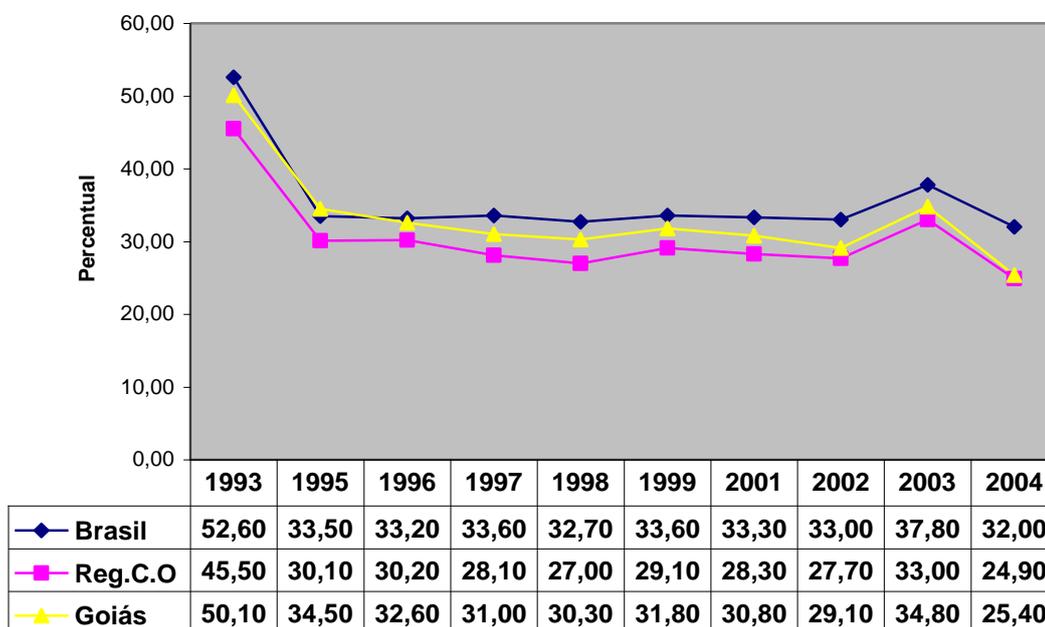
Quadro 6 - MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) POR FAIXA ETÁRIA (EM ANOS)*. BRASIL, REGIÃO CENTRO-OESTE E GOIÁS – 1999 E 2004.												
ANO	1999						2004					
Região/F.etária	<ano	1a 4	5 a 9	10 a19	20 a 59	≥ 60	<ano	1a 4	5 a 9	10 a19	20 a59	≥ 60
Brasil	7,44	1,29	0,59	2,74	33,02	54,90	5,31	0,93	0,49	2,46	32,19	58,6
Região C. Oeste	6,99	1,35	0,70	3,26	37,23	50,46	5,35	0,97	0,52	2,98	36,10	54,0
Goiás	6,99	1,35	0,70	3,26	37,23	50,46	5,35	0,97	0,52	2,98	36,10	54,0

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

1.2 - ANÁLISE DE ASPECTOS SÓCIOECONÔMICOS

Em Goiás, ao se comparar os dados registrados em 1993 e 2004, observa-se redução de 49,4% na proporção de pessoas que vivem com até meio salário mínimo de rendimento familiar per capita, passando a proporção de pobres de 50,1% para 25,4%. No Brasil, tal redução foi de 39%, em média, e no Centro-Oeste de 45,3%.

GRÁFICO - 3 - PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM RENDA INFRIOR A MEIO SALÁRIO MÍNIMO. BRASIL, REGIÃO CENTRO - OESTE E GOIÁS, 1993 A 2004

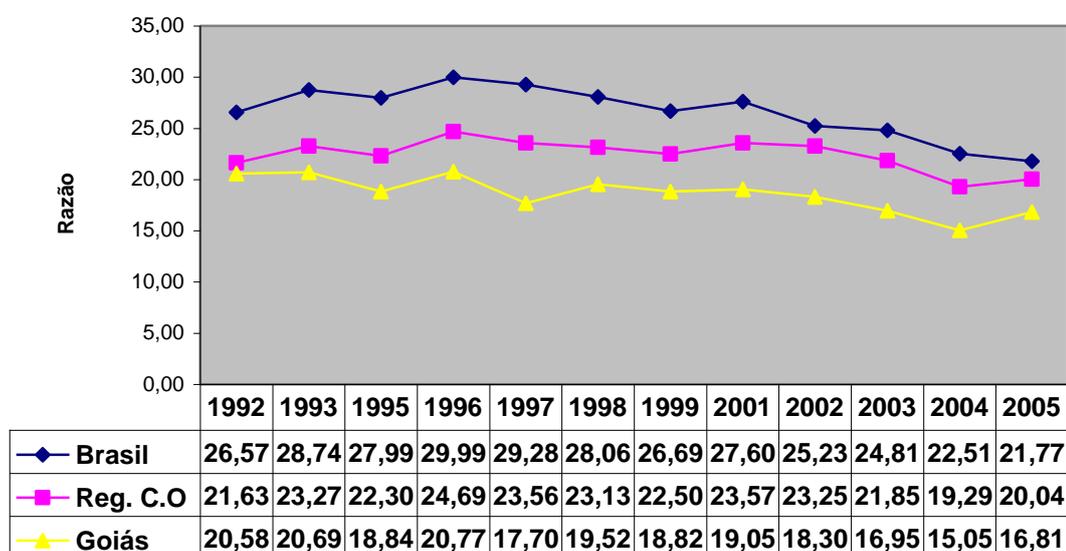


Fonte:

IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD 1992 a 1993, 1995 a 1999 e 2001 a 2004.

Em 2004, a renda dos 20% mais ricos era 15 vezes superior a dos 20% mais pobres. Em 1992, os estratos mais ricos da população possuíam uma renda 20,5 vezes superior aos dos mais pobres, podendo-se inferir que o desnível de renda entre os grupos populacionais dos estratos considerados foi reduzido, ao longo desse período. (CONASS/PROGESTORES 2007).

Gráfico - 4 - Razão de Renda .Brasil, Região Centro - Oeste e Goiás, 1992-1993, 1995-1999, 2001-2005



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD

Conforme quadro abaixo, observa-se que em 2006, 66,38% da população de Goiás ganhava até dois salários mínimos, enquanto 2,65% ganhavam mais de 10 salários mínimos demonstrando que a desigualdade de renda ainda é consideravelmente visível.

QUADRO – 7 - Estado de Goiás, Centro-Oeste e Brasil : Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, segundo as classes de rendimento de todos os trabalhos – 2006.

(Em mil)

Especificação	Goiás	(%)	Centro-Oeste	(%)	Brasil	(%)
Total	2.784	100,00	6.406	100,00	89.318	100,00
Até 1 Salário Mínimo	893	32,08	1.769	27,61	27.576	30,87
Mais de 1 a 2 Salários Mínimos	955	34,30	2.125	33,17	26.421	29,58
Mais de 2 a 5 Salários Mínimos	498	17,89	1.232	19,23	16.090	18,01
Mais de 5 a 10 Salários Mínimos	160	5,75	481	7,51	5.665	6,34
Mais de 10 a 20 Salários Mínimos	50	1,80	192	3,00	1.943	2,18
Mais de 20 Salários Mínimos	18	0,65	78	1,22	699	0,78
Sem Rendimento (1)	188	6,75	473	7,38	9.681	10,84
Sem Declaração	22	0,79	56	0,87	1.243	1,39

Fonte: IBGE.

Elaboração: SEPLAN-GO / SEPIN / Gerência de Estatística Socioeconômica – 2007.

(1) Inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

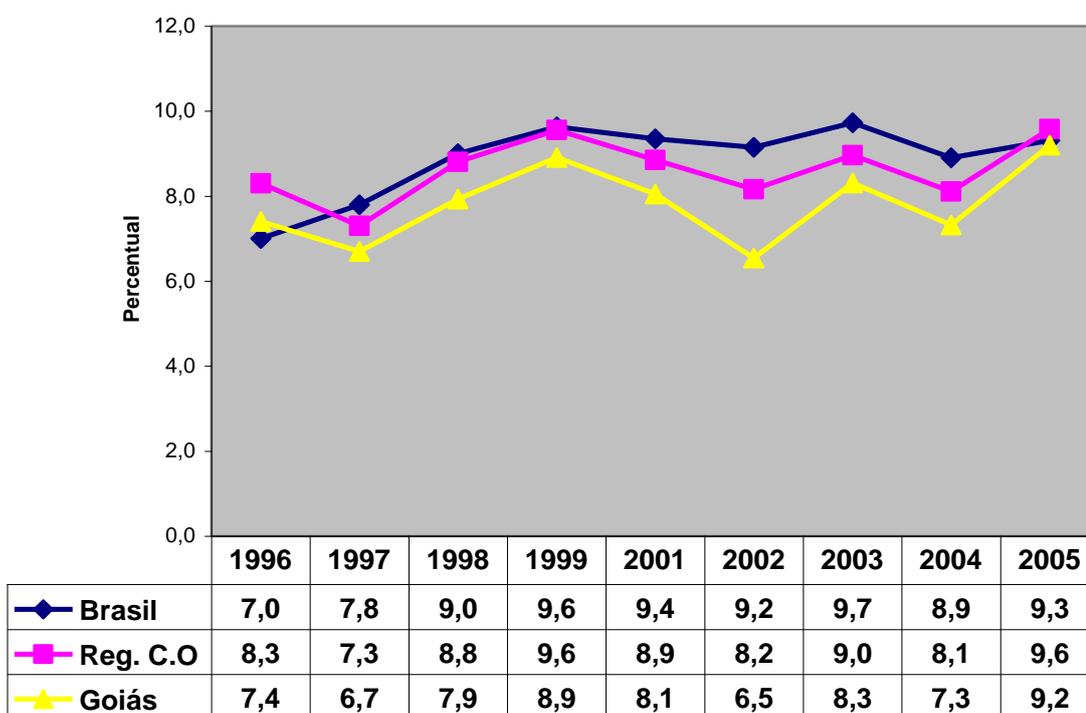
1.2.2 - Taxa de desemprego

A taxa de desemprego mede o grau de insucesso das pessoas que desejam trabalhar e não conseguem encontrar uma ocupação no mercado de trabalho (desemprego aberto).

Taxas elevadas de desemprego resultam na perda do poder aquisitivo e na possível desvinculação do sistema de seguro social e de algum plano de saúde de empresa, o que pressupõe aumento da demanda ao Sistema Único de Saúde.

Em 1996, o percentual da população economicamente ativa que se encontrava desempregada em Goiás, foi de 7,4%, aumentando para 9,2% em 2005. Durante o período selecionado, a menor taxa de desemprego no estado foi em 2002 e as maiores em 1999 e 2005.

Gráfico - 5 - Taxa de Desemprego. Brasil, Região Centro-Oeste e Goiás, 1996-1999, 2001- 2005



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNA

1.2.3 - Níveis de escolaridade

De acordo com dados do IBGE, no período de 1992 a 2006, o número de pessoas de 15 ou mais anos não alfabetizadas no estado de Goiás reduziu, passando de 16,3% para 9,6%. Os índices de analfabetismo apresentados estão acima da média da região, mas abaixo da média nacional.

Quadro – 8 - Estado de Goiás, Centro-Oeste e Brasil: Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade – 1992, 1999, 2001 - 06.

Especificação	Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade (%)							
	1992	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Goiás	16,3	12,5	11,7	11,3	10,9	10,7	10,2	9,6
Centro-Oeste	14,5	10,8	10,2	9,6	9,3	9,2	8,9	8,3
Brasil	17,2	13,3	12,4	11,8	11,6	11,4	11,1	10,4

Fonte: IBGE / PNAD.

Elaboração: SEPLAN-GO / SEPIN / Gerência de Estatística Socioeconômica – 2007

Em relação ao grau de escolaridade observa-se no quadro a seguir que 46,93% da população de 15 anos e mais possuem mais de oito anos de estudo, ou seja, mais da metade da população tem um índice baixo de escolaridade.

Quadro – 9 - Taxa de escolaridade (%), População de 15 anos e mais segundo escolaridade, em Goiás-2005

Escolaridade	Taxa de escolaridade (%)	População de 15 anos e mais
TOTAL	100,00	4.101.022
Menos de 1 ano de estudo	11,96	490.393
1 a 3 anos de estudo	11,67	478.552
4 a 7 anos de estudo	29,45	1.207.670
8 e mais anos de estudo	46,93	1.924.407

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD

1.2.4 - Infra - estrutura básica

Para análise do saneamento em Goiás foram considerados os indicadores de acesso aos sistemas de água, esgotamento sanitário e coleta domiciliar de lixo nos anos de 1991, 2000 e 2005. Os resultados evidenciaram que, apesar de ter registrado aumento da cobertura no período, o percentual de pessoas que vivem em domicílios com esgotamento sanitário continua muito baixo. Destaca-se a coleta de lixo que apresentou um incremento significativo

Quadro 10 - Acesso da população a serviços básicos selecionados. Goiás, 1991,2000 e 2005

SITUAÇÃO	1991	2000	2005
Percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada	55,89	68,82	76,66
Percentual de pessoas que vivem em domicílios com esgoto sanitário	28,41	34,73	35,11
Percentual de pessoas que vivem em domicílios com serviço de coleta de lixo.	52,87	81,15	89,30

Fontes: IBGE//Censos Demográficos 1991 e 2000; Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD - 2005.

1.2.5 - Índice de desenvolvimento humano- IDH

No período de 1991-2000, o IDH-M de Goiás cresceu 10,86%, passando de 0,700 em 1991 para 0,776 em 2.000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a educação com 44,3%. Em relação aos outros estados do Brasil, Goiás ocupa a 8º posição.

Quadro 11 - INDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL (IDHM), BRASIL E GOIÁS, 1991 E 2000.

INDICADOR	BRASIL		GOIÁS	
	1991	2000	1991	2000
IDHM	0,696	0,766	0,700	0,776
IDHM-Educação	0,745	0,849	0,765	0,866
IDHM-Longevidade	0,662	0,727	0,668	0,745
IDHM – Renda	0,681	0,723	0,667	0,717

Fonte: Atlas do Desenvolvimento humano no Brasil

Os municípios com maior Índice de Desenvolvimento Humano – IDH no Estado de Goiás em 2000, situam-se na faixa de 0,834 a 0,802 sendo eles: Chapadão do Céu, Goiânia, Catalão, Goiatuba, Rio Verde, Morrinhos, Rio Quente, Pontalina, Anhangüera e Caldas Novas. Os demais municípios se mantêm na faixa média de 0,799 a 0,600, que indica médio desenvolvimento humano no Estado, de acordo com o PNUD.

1.2.6 - Índice de desenvolvimento infantil - IDI

Com relação ao Índice de Desenvolvimento Infantil – IDI usa-se a mesma classificação do IDH, acrescidos dos indicadores de escolaridade dos pais (percentual de crianças cujos pais têm escolaridade precária, menos de quatro anos de estudo), serviços de saúde, percentual de crianças menores de 1 ano vacinadas com DTP e tetravalente, percentual de gestantes com mais de seis consultas pré-natais, serviços de educação e percentual de crianças matriculadas em pré-escola.

O Estado de Goiás mostra-se com um IDI alto em 27 municípios, médio em 208 e baixo em apenas 11 municípios. No Quadro 12 demonstra-se os 10 primeiros no ranking do IDI em Goiás – 2003. Tal como no ranking do desenvolvimento humano, Goiás também se situa em 8º lugar com um índice de 0,691, acima do índice do país que é de 0,670. Em 1999, quase 40% dos municípios brasileiros apresentavam IDI abaixo de 0,50 demonstrando desenvolvimento infantil baixo. Em 2004 ainda se encontravam nesse mesmo patamar.(www.unicef.org/brazil)

Quadro 12 - Os 10 primeiros no ranking do IDI em Goiás (2003)

RANKING	MUNICÍPIOS
1º	Santa Bárbara de Goiás
2º	Rio Quente
3º	Ouvidor
4º	Santo Antônio de Goiás
5º	Amorinópolis
6º	Palmeiras
7º	Nova Veneza
8º	Cachoeira de Goiás
9º	Palmelo
10º	Campestre

1.3 – ANÁLISE DOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

1.3.1 – Mortalidade por Grupo de Causas

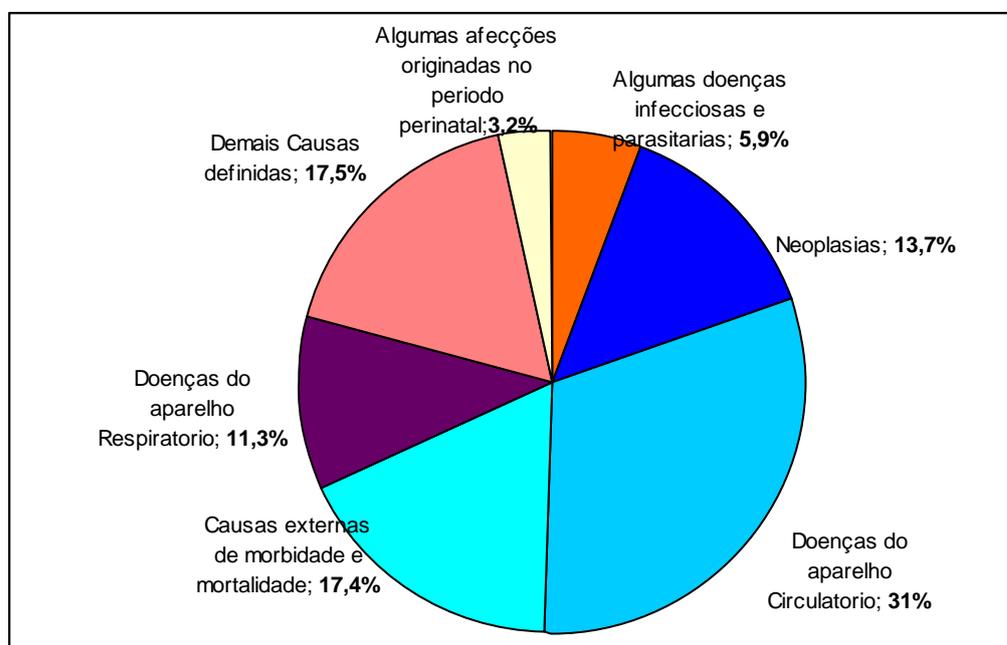
Em Goiás, no ano de 2005, na mortalidade proporcional por grupo de causas, 62,1% dos óbitos são por Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) que se traduzem pela somatória dos óbitos dos capítulos das Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), seguidas pelas Causas Externas e Neoplasias.

Quadro 13 - Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10- 2005

Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6,2	10,6	2,0	3,8	1,6	6,4	6,7	5,5
Neoplasias (tumores)	0,4	6,5	15,0	11,8	3,4	11,1	20,3	14,4
Doenças do aparelho circulatório	0,8	3,2	5,4	4,8	2,2	16,5	37,6	42,0
Doenças do aparelho respiratório	6,5	19,4	8,2	5,4	3,1	4,0	7,7	17,7
Algumas afec originadas no período perinatal	60,0	0,9	-	0,5	-	-	-	-
Causas externas de morbidade e mortalidade	2,3	30,0	48,3	62,9	81,9	45,2	9,1	3,6
Demais causas definidas	23,8	29,5	21,1	10,8	7,9	16,8	18,6	16,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM

Gráfico 6 - Mortalidade Proporcional, segundo grupo de causas, Goiás, 2005



De acordo com informações oriundas dos Cadernos de Saúde – DATASUS, 2005, os percentuais relativos à mortalidade proporcional por faixa etária, segundo grupos de causas, estão assim distribuídos: 31,0% do total de óbitos foram por doenças do aparelho circulatório, com uma

maior proporção nas faixas etárias de 50 a 64 anos (37,6%) e 65 e mais (42%) dos óbitos totais. Em segundo lugar vêm as causas externas, com 17,4% do total, sendo a faixa etária de 15 a 19 anos com maior proporção, 81,9%. Finalmente, destacam-se as neoplasias com 13,7% do total de óbitos, com as faixas etárias entre 5 a 9 anos e 50 a 64 anos com as maiores proporções, 15% e 20,3%, respectivamente.

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. Do total de óbitos ocorridos, segundo o DATASUS (2005), 31,0% são pelas doenças cardíacas; 39,0% por doenças cerebrovasculares e 24,5% pelas doenças isquêmicas do coração.

Quadro 14 - Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes) Goiás, 2005.

Causa do Óbito	Coeficiente
Neoplasia maligna da mama	7,4
Neoplasia maligna do colo do útero	4,3
Infarto Agudo do Miocárdio	24,5
Doenças Cerebrovasculares	39,0
Diabetes Mellitus	15,7
Acidentes de Transporte	28,7
Agressões	26,1

Fonte: DATASUS, 2005

Essas causas de morte são em grande parte evitáveis desde que sejam identificados e controlados os chamados fatores de risco. A redução desses fatores de risco repercutirá na presença das enfermidades cardiovasculares como também, em alguns tipos de câncer, enfermidades pulmonares e diabetes.

Quanto às causas externas, os óbitos apresentaram um aumento gradativo até 19 anos idade, decrescendo a partir desta idade. Na faixa etária de 15 a 19 anos, 28,7% dos óbitos são por acidentes de transporte e 26,1% por agressões.

Quadro 15. Taxa de Mortalidade por causas externas (por 100 mil hab.) Goiás e Goiânia, 2005

CAUSA	GOIÁS *	GOIÂNIA*
Acidente de Trânsito	27,4	28,0
Atropelamento	6,0	6,4
Acidente com moto	5,5	6,2

Agressões - homicídios	24,2	26,0
Fonte: IDB (* / 100.000 hab.)		

Relacionado às causas externas, a violência tem sido um problema de saúde pública com repercussões em todos os setores. Em Goiás, os maiores índices de violência concentram-se na microrregião do Entorno do Distrito Federal e Região Metropolitana de Goiânia. Segundo DATASUS, em 2004, a taxa de vítimas de homicídios no Brasil, registrada pelo MS por município de residência, foi igual a 37,97 vítimas por 100 mil habitantes. No Entorno de Brasília a taxa foi de 34,42 vítimas de homicídios por 100 mil habitantes e na região metropolitana de Goiânia 31,01.

No sexo masculino as maiores taxas de mortalidade por causas externas são por homicídios. A região do entorno de Brasília apresentou uma taxa de 65,22/ 100.000 habitantes e a região metropolitana de Goiânia 60,54. Em segundo lugar os acidentes de transporte, com a região metropolitana de Goiânia com 48,81/100.000 habitantes e o entorno com 37,28 (DATASUS/SIM, 2004).

Para o sexo feminino, a região metropolitana de Goiânia e o Entorno do Distrito Federal apresentaram as taxas de mortalidade por causas externas de 22,91 e 22,08/ 100.000 habitantes respectivamente, sendo os acidentes de transporte a primeira causa dentro deste grupo. A região metropolitana de Goiânia com taxa de 11,72 e o entorno do Distrito Federal com 8,07 (DATASUS, 2004).

Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), para o ano de 2006, a taxa de mortalidade por neoplasia (/100 mil hab.) em Goiânia foi de 7,20 e no estado de Goiás foi de 6,16. Foi registrado um total de 1066 casos de óbitos em Goiás e de 354 casos em Goiânia neste mesmo ano.

Quadro 16 - Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna, Goiás e Goiânia, 2005

TIPO	GOIÁS	GOIÂNIA
Traquéia, Brônquios e Pulmões	27,12	27,47
Mama	7,87	8,49
Estômago	12,67	17,92
Próstata	4,63	5,56
Colo de Útero	7,35	13,19
Pele	6,60	10,00

Fonte: DATASUS (/100.000 hab.)

Quadro 17 - Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna, Goiás e Goiânia, 2006.

TIPO	GOIÁS	GOIÂNIA
Traquéia, Brônquios e Pulmões	25,89	29,59
Mama	10,30	9,43

Estômago	13,56	19,17
Próstata	4,73	5,62
Colo de Útero	7,69	15,69
Pele	10,43	8,00

Fonte: DATASUS (/100.000 hab.)

1.3.2 – MORBIDADE

Em relação à morbidade das doenças passíveis de prevenção por imunização, controle de vetores, doenças crônico-degenerativas e principais causas de internação hospitalar, os dados foram extraídos dos sistemas de informação oficiais da Secretaria Estadual de Saúde e DATASUS.

1.3.2.1 – Doenças não transmissíveis

O aumento da expectativa de vida, associado a mudanças no estilo de vida, traz como conseqüências, elevadas prevalências de fatores de risco que se traduzem pelo aumento substancial das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT).

A manifestação clínica das DANT se dá após um longo tempo de exposição aos fatores de risco e de convivência assintomática do indivíduo com a doença não diagnosticada, mesmo quando os fatores de risco estão presentes (tabagismo, obesidade, sedentarismo, alcoolismo), isto traz um diagnóstico tardio, já com a doença em fases avançadas, ou próximas a um desfecho que pode ser o primeiro e fatal, como ocorre muitas vezes com a doença coronariana aguda e com o acidente vascular encefálico (LESSA, 2004).

As doenças do aparelho circulatório correspondem à primeira causa de morte do mundo, o que não é diferente no Brasil e em Goiás.

Ao lado da hipertensão arterial, o diabetes constitui um dos principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, sendo considerado como uma doença de proporções epidêmicas em todo o mundo, com um número crescente de casos novos, diagnosticados a cada ano. Foi o que revelou o Censo Nacional de Diabetes, concluído em 1998, quando avaliou a situação do diabetes em nove capitais brasileiras, tendo mostrado dados verdadeiramente preocupantes, tais como: O diabetes atinge 7,6% da população brasileira, na faixa etária dos 30 aos 69 anos, atingindo cifras próximas de 20% na população acima de 70 anos.

Quanto às internações por doenças não transmissíveis, excluindo-se as internações realizadas no SUS para o atendimento ao parto, gravidez e puerpério, as doenças do aparelho circulatório e

respiratório aparecem como principais causas de morbidade hospitalar no estado de Goiás (SIH/SUS, 2006).

Para avaliar a morbidade das Doenças e Agravos não Transmissíveis, o indicador recomendado é o de internação hospitalar. Em Goiás (DATASUS, 2006) 17,2% das internações por grupos de causas são referentes às Doenças do Aparelho Respiratório que predomina nos primeiros anos de vida e na velhice, 11,7% refere-se às Doenças do Aparelho Circulatório e 4,2% às neoplasias. Em relação à faixa etária, verifica-se que nas internações de 65 anos e mais, 31,4% foram por Doenças do Aparelho Circulatório.

Quadro 18 - Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária (por local de residência)- 2006- Goiás

Capítulo CID	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 +	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20,3	30,5	21,9	15,9	5,3	5,9	6,3	6,9	9,7
Neoplasias (tumores)	0,6	1,4	3,0	4,2	1,7	4,7	6,7	4,3	4,2
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,3	6,8	5,7	4,2	1,4	2,5	5,8	6,0	3,9
Doenças do aparelho circulatório	0,4	0,3	0,6	1,5	1,3	8,5	28,2	31,4	11,7
Doenças do aparelho respiratório	42,9	41,7	35,4	21,2	6,7	8,1	17,3	25,3	17,2
Doenças do aparelho digestivo	5,2	5,2	7,2	8,5	4,9	9,6	11,5	8,3	8,6
Doenças do aparelho geniturinário	1,5	2,3	4,5	7,8	8,7	10,9	6,9	4,9	8,0
Gravidez parto e puerpério	-	0,0	-	6,7	53,1	24,2	0,1	0,1	15,6
Lesões enven e alg out conseq causas externas	1,1	3,5	9,3	14,2	7,9	8,6	5,2	4,0	7,0
Outras	23,7	8,3	21,7	15,8	9,0	17,0	12,0	12,8	14,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS

Quanto às neoplasias, ocorreu um comportamento mais ou menos uniforme nas faixas etárias, com um decréscimo considerável entre 15 a 19 anos. Dentre as principais causas, estão as neoplasias malignas da traquéia, brônquios e pulmões -12% do total, seguida das neoplasias malignas do estômago - 8,33%, das neoplasias malignas de próstata - 6,95%, neoplasias malignas do colo de útero - 6,26% e neoplasias malignas de mama - 5,29%.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA, (2003), o câncer de pulmão é o que acomete o maior número de pessoas no mundo. Na população masculina, o hábito de fumar continua sendo responsável pela maioria dos casos diagnosticados de câncer de pulmão, podendo

chegar a mais de 90% em alguns países ou regiões. Nas mulheres, pode-se atribuir cerca de metade dos casos de câncer pulmonar ao tabagismo. O câncer de pulmão permanece como uma doença altamente letal.

O mesmo instituto afirma que o câncer de estômago continua sendo o terceiro mais freqüente tumor maligno no mundo e o segundo no estado de Goiás. Em homens, a incidência, em geral, é duas vezes maior do que em mulheres. A maioria desses tumores continua ocorrendo em países em desenvolvimento.

Quanto ao câncer de próstata, o número de casos novos diagnosticados representa 15,3% de todos os casos incidentes de câncer em países desenvolvidos e 4,3% dos casos em países em desenvolvimento. Entre todos os tipos de câncer, este é considerado o câncer da terceira idade, uma vez que cerca de 75 % dos casos ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento acentuado das taxas de incidência tem sido influenciado pelo diagnóstico de casos latentes em indivíduos assintomáticos. As taxas aumentaram especialmente em regiões onde o rastreamento através do teste Antígeno Prostático Específico (PSA) é comum.

O câncer de colo do útero é o segundo mais comum entre mulheres no mundo, sendo responsável, anualmente, por cerca de 471 mil casos novos e pelo óbito de, aproximadamente 230 mil mulheres. A incidência por câncer de colo de útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Quase 80% dos casos novos ocorrem em países em desenvolvimento onde, em algumas regiões, é o câncer mais comum entre as mulheres. Em Goiás, a taxa bruta por 100 mil habitantes é de 21,56.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) a representação espacial das taxas brutas de incidência de neoplasias malignas por 100.000 habitantes, estimadas para o ano 2008, apresenta distribuição conforme quadros abaixo.

Quadro 19 - Estimativas para o ano 2008 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos – SEXO MASCULINO			
	GOIÁS		GOIÂNIA	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	1.290	43,58	340	55,43
Traquéia, Brônquio e Pulmão	450	15,24	110	17,66
Estômago	310	10,38	80	13,03
Cólon e Reto	280	9,44	100	15,47
Cavidade Oral	220	7,37	80	12,59
Esôfago	170	5,87	40	7,06
Leucemias	150	5,14	50	7,36

Pele Melanoma	60	1,96	20	3,88
Outras Localizações	1.630	55,00	360	58,10
Subtotal	4.560	153,86	1.180	190,45
Pele não Melanoma	1.280	43,33	410	65,55
Todas as Neoplasias	5.840	196,91	1.590	256,69

Fonte: INCA, 2008.

Tabela 20 - Estimativas para o ano 2008 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos – SEXO FEMININO			
	GOIÁS		GOIÂNIA	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	1.040	34,73	340	50,49
Colo do Útero	570	19,08	160	23,26
Cólon e Reto	290	9,79	120	17,97
Traquéia, Brônquio e Pulmão	290	9,59	70	10,98
Estômago	160	5,49	40	6,62
Leucemias	120	3,92	40	5,81
Cavidade Oral	110	3,80	30	5,15
Pele Melanoma	40	1,48	20	2,96
Esôfago	50	1,84	**	2,02
Outras Localizações	870	29,14	380	55,87
Subtotal	3.540	118,57	1.210	177,91
Pele não Melanoma	2.230	74,60	510	75,30

Fonte: INCA, 2008.

Na área de promoção à saúde, destaca-se na SES a iniciativa CARMEN – Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Doenças não Transmissíveis, que vem sendo desenvolvida desde 1999, e que conta com, além do município de Goiânia, 11 outros municípios em fase de implantação e implementação. A estratégia CARMEN inclui um conjunto de ações que vão do diagnóstico da situação, até as ações de prevenção e controle dos fatores de risco e seu monitoramento.

Os dados dos inquéritos de fatores de risco para as doenças não transmissíveis realizados em alguns municípios do Estado a partir de 1999 com a população adulta (15 anos e mais) mostram, no conjunto, altas prevalências da maioria de fatores de risco pesquisados, principalmente a hipertensão arterial, o sedentarismo e o excesso de peso. Contudo, chama especial atenção a presença desses fatores de risco em escolares, principalmente em relação à experimentação de bebidas alcoólicas. Esses dados confirmam a idéia de que esses fatores de riscos vem ocorrendo em faixas etárias cada vez menores, justificando a importância do investimento na prevenção o mais precocemente possível.

**Quadro 21 - Prevalência de alguns fatores de risco para as DANT – Goiânia
– Go 1999.**

FATORES DE RISCO	PREVALÊNCIA
Hipertensão Arterial (PA \geq 140x90)	33%
Sobrepeso / obesidade (IMC \geq 25)	36,3%
Fumantes regulares	22,8%
Atividade Física (pouca ou nenhuma)	66,2%
Hiperglicemia	8,1%
Colesterol elevado (\geq 200 mg /dl)	45,6%
Triglicérides elevados (\geq 200mg/dl)	17,8%

Fonte: SDNT-SPAIS / SES-Go

Quadro 22 - Prevalência de Alguns Fatores de Risco para as DANT. Quirinópolis, 2003

Fatores de Risco	Prevalência
Tabagismo	22,4%
Uso regular de bebida alcoólica	4,7 %
Sedentarismo	75,6 %
Hiperglicemia (\geq 110 mg/dl)	8,8 %
Hipercolesterolemia (\geq 240 mg /dl)	15,9%
Hipertrigliceridemia (\geq 200 mg /dl)	11,6%
Excesso de peso	44,5%
Hipertensão (\geq 140x90)	32,3%

Fonte: SDNT-SPAIS / SES-Go.

Quadro 23 - Prevalência de Fatores de Risco em Escolares, Região Leste de Goiânia, 2001/2002.

Fatores de Risco	Prevalência
Crianças com PA acima do percentil 90	10,7%
Experimentação de bebida alcoólica	33,13%
Falta de atividade física na escola	16,3%
Adição de sal à comida pronta	19,1%

Fonte: SDNT-SPAIS / SES-GO

1.3.2.2 Doenças Transmissíveis

No Brasil, nas duas últimas décadas, as doenças transmissíveis apresentam uma situação epidemiológica que pode ser resumida em três tendências: doenças com quadro declinante, de persistência e doenças emergentes e reemergentes (Ministério da Saúde, 2004). Em Goiás, o quadro epidemiológico assemelha-se ao do país.

A **dengue**, que tem sido objeto de uma das maiores campanhas de Saúde Pública no país (Carmo et al., 2003), destacou-se como doença reemergente em Goiás, onde a reintrodução do *Aedes aegypti*, vetor da doença, foi em 1984, pelo município de São Simão, no sudoeste do Estado. Desde então, ocorreu uma dispersão do inseto para outros municípios totalizando 242 municípios infestados, em 2007. A primeira situação de epidemia foi registrada em 1994, com circulação apenas do sorotipo Den-I. Em 1998, foi detectada a circulação do sorotipo Den-II e em 2002, o sorotipo Den-III. A partir desse ano, observou-se uma dispersão muito ampla e rápida do vírus ocasionando anos seqüenciais de epidemia e um aumento considerável das formas mais graves da doença. Em 2002, foram notificados 28.373 casos, representando um aumento de 108,44% em relação ao ano de 2001. Em 2003 e 2004 foi registrada uma diminuição no número de casos, com outro aumento expressivo em 2005 e 2006, registrando incidências de 217,97 e 210,02/100.000 habitantes em 2005 e 2006 respectivamente. Até o final de 2007, foram notificados 15.698 casos de dengue no Estado, sendo 87 de febre hemorrágica, com 13 óbitos. Cento e vinte e sete municípios apresentaram transmissão da doença e a capital registrou o maior número de casos: 6.634.

A **febre amarela** ocorre ciclicamente, com registro de casos e epizootias (epidemias entre animais) a cada 05 a 07 anos. Houve registro de casos em 1999 e 2000 e agora, no ano de 2007 foram registrados 7 casos de febre amarela silvestre nos municípios de: Jataí (2), Pirenópolis (1), Luziânia (1), Goiânia (1), Goianésia (1), Aparecida de Goiânia (1), dos quais 6 evoluíram para óbito. Os prováveis locais de infecção destes casos ocorreram em áreas silvestres dos municípios de residência dos casos, exceto Aparecida de Goiânia e Goiânia, cuja fonte de infecção foi zona rural de Uruaçu e região periurbana de Goiânia, respectivamente. Até fevereiro de 2008, foram notificados 38 municípios com registros de morte de macacos. Destes, foram confirmados epizootia por febre amarela silvestre em 7 municípios: Aparecida de Goiânia, Goiânia e Bom Jardim de Goiás por meio da confirmação laboratorial em primatas não humanos e os demais por intermédio da confirmação de casos em humanos.

Relacionadas, ou não, a grande variedade de agentes etiológicos, as **meningites** representam um problema complexo que envolve diferentes estratégias de prevenção e controle e também estão inseridas no grupo de doenças com quadro de persistência (Ministério da Saúde, 2004).

De grande magnitude e transcendência, o maior número de casos registrados em Goiás, no período de 2000 a 2006, foi causado por vírus. Com relação à doença meningocócica, um total de 428 casos foi registrado no período de 2000 a 2006, com média de 61 casos por ano. Ocorreu um decréscimo importante no número de casos, de 92 em 2000 para 42 em 2005, com novo aumento em 2006 com 63 casos. Até o final de 2007, foram registrados 49 casos. A incidência variou entre 1,84 casos /100.000 habitantes em 2000 e 0,83 em 2007.

Em 2003 30,23% dos casos de doenças meningocócicas evoluíram para óbito, ano de maior letalidade no período. A letalidade alcançou o menor índice em 2006, 7,94%. A partir do ano de 2000 foi observada uma acentuada diminuição dos casos com sorogrupos não identificados. Isto ocorreu provavelmente devido à descentralização dos Kits para realização de cultura para os principais hospitais de referência do agravo de Goiânia. O sorogrupo "B" é o predominante no Estado, exceto nos anos 2005 e 2007 quando o Sorogrupo "C" prevaleceu sob os demais. A descentralização dos Kits para outras unidades no Estado e a identificação dos vírus causadores de meningites são medidas importantes para a vigilância.

A implantação da vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo B a partir de 1999, teve um importante impacto na incidência das meningites, em 2004 e 2005 foram registrados 2 casos de meningite por *Haemophilus influenzae* em cada ano, em 2006 e 2007, 1 caso em cada ano.

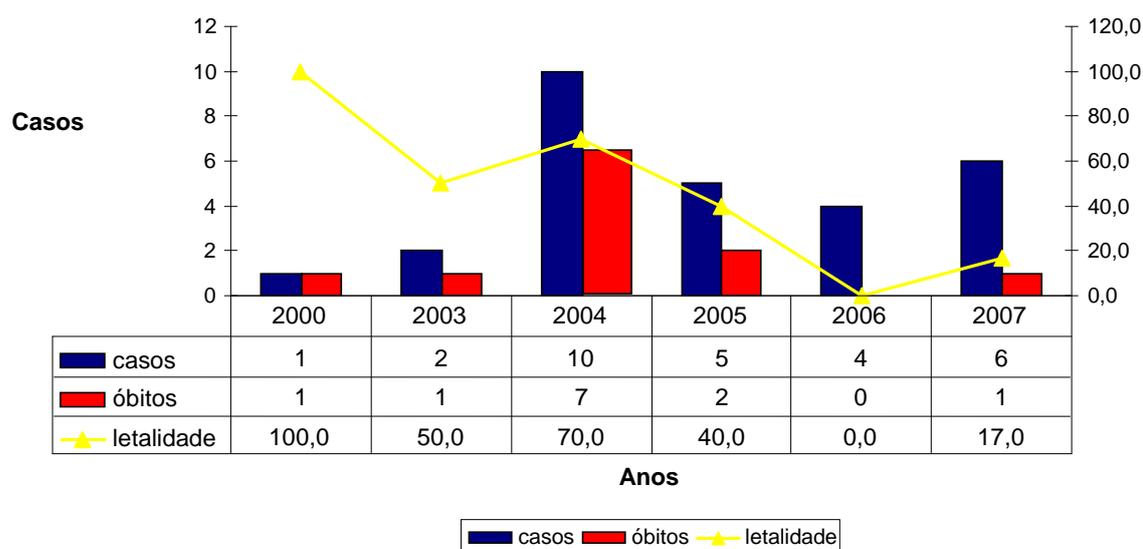
No ano de 2000, Goiás teve seu primeiro registro de caso de **Hantavirose**. Tem-se observado uma concentração maior de casos nas regiões das administrações regionais de saúde (ARS) Pireneus e da Entorno Sul seguidas pela Estrada de Ferro. Uma equipe composta por técnicos do Instituto Adolfo Lutz, Secretaria de Vigilância em Saúde/M.S e SES - GO esteve em 2004 nestas regiões para captura e identificação de roedores silvestres. O índice de positividade na pesquisa de anticorpos para hantavirus nos capturados foi de 6,8%, superior à maioria dos índices obtidos nos demais estudos realizados em anos anteriores, exceto no ano de 1998. Como no restante do Brasil, a distribuição de casos confirmados por sexo, mostra predominância no sexo masculino, sendo que a grande maioria, 74%, encontra-se em idade produtiva e desenvolve atividade agropecuária. A investigação de casos suspeitos in loco é comprometida por não dispormos de equipamento de proteção individual, que são imprescindíveis pelo risco de infecção devido à forma de transmissão da doença.

Existem duas **leishmanioses** distintas: Leishmaniose Visceral (LV) e Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) ou Úlcera de Bauru. No entanto ambas têm como agente um protozoário do gênero *Leishmania* e como vetor um flebótomo do gênero *Lutzomyia*, um pequeno mosquito saltitante conhecido como mosquito palha.

Em Goiás, foram confirmados 60 casos de LV em 2004, 37 em 2005 e em 2006, 22 casos. Em 2007 foram registrados apenas 06 casos notificados no SINANNet, número muito inferior ao da planilha paralela da área Técnica em virtude de problemas na atual versão do SINAN. Os municípios de Pirenópolis, Campos Belos, Uruaçu e Crixás são os maiores notificadores. Em 2004 foram confirmados 02 óbitos por LV, 01 óbito em 2005, 02 óbitos em 2006 e nenhum óbito em 2007. Em relação à LTA foram confirmados 422 casos em 2004, 555 em 2005, 243 em 2006 e apenas 121 casos em 2007, também em virtude de problemas no SINAN. Os municípios de Niquelândia, Uruaçu, São Miguel do Araguaia, Rio Verde, Minaçu, Jataí, Porangatu, Crixás, Aragarças, Aparecida de Goiânia são os maiores notificadores de LTA.

A descentralização das medidas de controle na população canina para outros centros de zoonoses, além do realizado na capital, implementará o controle das leishimanioses em Goiás.

Gráfico 7 - Casos e Óbitos por Hantavirose. Goiás, 2000 a 2007



Fonte SPAIS/SES-GO - Dados obtidos até 08/02/2008

Quadro 24 - Casos confirmados de Hantavirose por ARS. Goiás, 2000 a 2007

ARS	2000	2003	2004	2005	2006	2007	Total ARS
Macro Goiânia	01						01
Estrada de Ferro		01		02	02		05
Entorno Sul			06	02		01	09
Entorno Norte			01				01
Pirineus		01	02	01	01	04	09

Sudoeste II			01		01		02
Sul						01	01
Total	01	02	10	05	04	06	28

Fonte SPAIS/SES-GO - Dados obtidos até 08/02/2008

O perfil epidemiológico da **Aids** em Goiás vem se modificando desde os primeiros casos notificados do início da década de 80. Na primeira metade da década de 80 a Aids tinha como principais formas de transmissão: a sexual, entre homens que fazem sexo com homens; a sanguínea, por transfusão de sangue e hemoderivados; e o uso de drogas injetáveis. No final dessa década e início dos anos 90, a epidemia assumiu um novo perfil com a transmissão heterossexual passando a ser a principal via de transmissão do HIV, acompanhada de uma expressiva contribuição das mulheres no aumento da incidência da epidemia (Ministério da Saúde, 2002).

No Estado de Goiás, o primeiro caso notificado de Aids é datado do ano de 1984. Desde o ano do primeiro caso até dezembro de 2006, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 7.804 casos em adulto residentes no Estado, ou seja, maiores de 13 anos. Nos últimos 5 anos a Aids vem se mantendo num patamar de aproximadamente 600 casos por ano. A taxa de incidência de Aids em 2004 foi de 10,0, em 2005 de 9,2 e em 2006 de 10,3/100.000. Do total de indivíduos notificados 67,44% eram do sexo masculino e 32,56% do sexo feminino (Fonte: SINANW/SSIS/GVE/SPAIS/SES-GO).

Apesar do número de casos no sexo feminino ser inferior ao número de casos no sexo masculino, a incidência de Aids no grupo feminino tem contribuído crescentemente com a epidemia no Estado de Goiás, uma vez que em 1988 para cada 11 casos notificados no sexo masculino havia 1 caso no sexo feminino. Em 2006 essa proporção passou a ser de 1,5: 1.

O número de casos acumulados em gestantes HIV+ de 1998 a 2006 é de 856 casos. Em menores de 13 anos o total acumulado de casos é de 195, sendo 76% por transmissão vertical. A taxa de incidência em menores de 13 anos no ano de 2004 foi de 1,16; de 0,76 em 2005; e de 0,27/100.000 em 2006 (Fonte: SINANW/SSIS/GVE/SPAIS/SES-GO). A descoberta e o tratamento precoce da gestante positiva para o vírus HIV durante o pré-natal têm contribuído para a redução da transmissão vertical da doença no Estado.

Do total de casos acumulados entre 1999 e 2006, a faixa etária que concentrou o maior percentual de casos foi a de 20 a 34 anos com 54%, seguida da faixa de 35 a 49 anos com 36% dos casos registrados. Na população com mais de 65 anos de idade este percentual foi de 1%. Da faixa etária de 50 a 59 anos houve um aumento de 65% de casos quando comparado de 1996 a 2006. Na faixa etária de 60 a 65 anos ocorreu um aumento de mais de 100% do ano de 2004 para 2005.

A Taxa de incidência na faixa etária de 20-34 anos nos períodos de 2004, 2005 e 2006 foi de 16,45; 15,59; 18,38/100.000, respectivamente. Na faixa etária de 35-49 anos foi de 24,26 em 2004; 19,63 em 2005; e 24,44 em 2006. Na faixa etária de 50-64 anos foi de 10,5 em 2004; 11,87 em 2005; e 9,98 em 2006. Em 2004 a incidência na faixa etária de 65-74 anos foi de 3,85; em 2005 de 3,73 e em 2006 de 2,75. Em pessoas acima de 80 anos não temos casos de Aids relatado (Fonte:SINANW/SSIS/GVE/SPAIS/SES-GO).

Do total de 7804 casos registrados de 1984 a 2006, 3.015 pacientes foram a óbito. A taxa de mortalidade em 2004 foi de 3,81, em 2005 de 3,38 e em 2006 de 3,8/100.000 (Fonte:SIM/SSIS/GVE/SPAIS/SES/MS).

Restrita basicamente às regiões metropolitanas, nos últimos anos observa-se um processo de interiorização, com o maior crescimento da epidemia nos municípios com menos de 50.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2002). No último ano da década de 80, 65,08% dos casos notificados em Goiás concentrava-se na capital. Ainda nesta década, no ano de 1985, foi registrado o primeiro caso em um município do interior do Estado. Hoje, o percentual de casos na capital reduziu para 35% enquanto o percentual dos municípios do interior aumentou de 34,92% para 65% neste mesmo período.

A mudança de perfil epidemiológico do Estado reflete a interiorização e feminização da doença seguindo a tendência de estabilização observada no país. No entanto, mesmo com o aumento da sobrevida e a melhoria na qualidade de vida do paciente, ainda não há cura para a doença.

A Sífilis Congênita na Região Centro Oeste concentrou 7,4% do total de casos do Brasil. Em Goiás, o percentual de casos de Sífilis em adulto por sexo foi: 66,75% feminino e 33,25% masculino, sendo que a faixa etária de 20 a 34 anos concentra o maior número de casos e destes sobressai ao do sexo feminino (Fonte:SINANW/SSIS/GVE/SPAIS/SES-GO).

No percentual de Sífilis Congênita segundo classificação final, temos: 63% dos casos ignorados/brancos, 20% confirmado, 13% presumível e 4% descartado. A distribuição dos casos de Sífilis Congênita segundo Diagnóstico Final, em Goiás de 2002 a 2006 foi de: 70% Sífilis Congênita Recente, 14% Natimorto Sífilico, 8% Sífilis Congênita Tardia, 8% Ing/Branco e 0 % de Aborto por Sífilis(Fonte:SINANW/SSIS/GVE/SPAIS/SES-GO).

A Hepatite B, na Região Centro Oeste é de baixa endemicidade. Em Goiás foram notificados 425 casos no ano de 2006, seguindo a média de casos dos anos de 2000 a 2004. No ano de 2005 devido a implementação das notificações junto aos Bancos de Sangue, e unidades de saúde de Goiânia, houve um aumento em relação aos demais anos, por se tratar de uma ação pontual.

A hanseníase considerada como de tendência declinante no país segundo Carmo et al. (2003), em Goiás, no que se refere à detecção de casos novos, mantém um quadro estável. No ano de 2006 foram diagnosticados 2.984 casos novos, cujo coeficiente de detecção foi de 5,2/10.000hab. No período de 2000 a 2006 foi diagnosticado um total de 21.920 casos novos, com média de 3.131 casos anuais. O coeficiente de detecção variou entre 6,6 e 5,0 casos por 10.000 habitantes, em 2002 e 2006, respectivamente, parâmetro hiperendêmico segundo o Ministério da Saúde (MS). A detecção em menores de 15 anos continua elevada, evidenciando o caráter endêmico da doença.

O Percentual de Cura, indicador de resultado que mede a efetividade das ações de controle apresenta-se regular. A proporção de abandono de tratamento foi de 29% em 2006, ano de maior percentual, considerado de parâmetro precário (> 25%) pelo MS. No mesmo período, o percentual de casos curados apresentou variação entre 73% a 85%.

Dos 246 municípios do estado, 196 (80%) notificam hanseníase. Do total de Unidades Básicas de Saúde, 82% estão aptas a executar as ações do Programa de hanseníase. A alta rotatividade dos profissionais nos municípios dificulta a execução das ações de controle da doença.

Em 2006/2007 foram formadas equipes de multiplicadores nas 16 Regionais de Saúde, responsáveis pelas capacitações das equipes de UBS dos municípios, visando implementar o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase na atenção básica.

O Estado possui uma parceria com a Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau - AIFO, uma ONG internacional que colabora com as atividades de capacitação, supervisão e confecção de material educativo. Necessita-se ampliar e manter estas parcerias e colocar a hanseníase como pauta nas discussões dos colegiados de gestores, conselhos de saúde e outros movimentos organizados da sociedade.

Deve-se também fortalecer as ações em populações vulneráveis (Presídios, asilos, quilombolas, índios e outros), bem como nos municípios silenciosos e naqueles com detecção de casos em menores de 15 anos.

No Brasil, cada ano são detectados 90.000,00 casos novos de **tuberculose**, dos quais 6.000 vão a óbito. Está colocado no ranking mundial em 16º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Apesar do país atualmente apresentar certa

tendência de estabilidade, não significa que este agravo está em situação de controle. O coeficiente de incidência ainda é considerado elevado, aproximadamente 46 casos por 100.000 habitantes e a taxa de mortalidade média está em torno de 3,1/100.000 habitantes.

A incidência de todas as formas de tuberculose em Goiás variou entre 18,8 e 15,0/100.000 habitantes e quanto à forma pulmonar bacilífera, entre 11,4 e 8,8/100.000 habitantes, no período de 2000 a 2006. Foram notificados 857 casos novos de TB, de todas as formas, no ano de 2006. Os casos de TB do Estado de Goiás representam em média 1% dos casos notificados a nível nacional. No período de 1998 a 2006 a taxa de detecção de casos esteve acima do parâmetro do Ministério da Saúde - MS (70%). Contudo, a taxa de cura dos casos novos de todas as formas de tuberculose foi de 60,7% na coorte de 2005 (janeiro a dezembro) e na Coorte de 2006 (abril/05 a março/06) a taxa de cura foi 64,0%, bem abaixo de 85%, pelo MS. A taxa de abandono está acima do aceitável pelo MS (5%), apesar de ter havido avanço no Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Esse acréscimo na taxa de cura se deve à descentralização do Programa Controle da Tuberculose (PCT), bem como ao aumento na utilização do Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Atualmente, das 989 Unidades Básicas de Saúde, 739 (74,7%) estão com o PCT implantado e 681 (92,1%) capacitados na Estratégia do Tratamento Diretamente Observado, conforme informações enviadas pelas UBS. De acordo com dados retirados do SINAN, 35,4% dos casos notificados em 2006 estão realizando TDO.

No período de 2006, foram capacitados 1105 profissionais, sendo: 843 de nível superior, 116 de nível médio e 146 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), essas capacitações foram realizadas com a participação do Estado, Municípios, Associação Damien do Brasil e Centro de Referência Professor Hélio Fraga, juntamente com a Universidade Federal de Goiás.

Nos últimos dois anos, 51 municípios têm sido progressivamente priorizados no que diz respeito à problemática da tuberculose, devido ao número de casos residentes. Nesses municípios prioritários onde estão incluídos os do entorno do DF, residem 40,9% da população do Estado e se concentram 52,1% dos casos de TB notificados.

Observa-se, no entanto, que mesmo com os trabalhos realizados nos municípios prioritários ainda existem alguns com o PCT centralizado e não realizando a estratégia DOTS. Como consequência, verifica-se um número considerável de casos de tuberculose sendo diagnosticados e tratados fora do município de residência.

Faz-se necessário, portanto, a ampliação da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO), fortalecer o processo de descentralização e integração do PCT nos serviços básicos de saúde, capacitar os profissionais de saúde que atuam no controle e prevenção da tuberculose e os profissionais de laboratórios que realizam baciloscopias de escarro

1.3.2.3 - Doenças Imunopreveníveis

As doenças imunopreveníveis registraram o menor número de casos quando comparado aos outros agravos. Houve surto de **sarampo** no ano de 1997, e após 1999, o número de casos de sarampo e de rubéola diminuiu sensivelmente, não havendo registros de casos de sarampo a partir de 2000, provavelmente devido à implantação do Plano de Erradicação do Sarampo e Controle da Rubéola.

De 2004 a 2006, dos 1.210 casos notificados de **rubéola**, somente 06 foram confirmados. Em 2007, no período de junho a outubro, houve aumento no número de casos da doença, com 284 confirmados. Em Luziânia com 82 casos e Valparaíso com 18, a situação epidemiológica foi caracterizada como surto.

Doenças como difteria, coqueluche, e tétano encontram-se sob controle. Os dois últimos casos confirmados de **difteria** em Goiás ocorreram em 1998 no município de Goianópolis, com evolução para óbito, sendo considerado como surto. As medidas adotadas nessa ocasião foram: bloqueio vacinal seletivo, busca ativa, vigilância dos contatos e educação em saúde. Em 2006, foram notificados dois casos, ambos descartados.

A incidência da **coqueluche** oscilou bastante entre os anos de 2000 a 2006. A maior incidência foi em 2000, com 1,05 casos por 100.000 habitantes. Em 2001, ocorreu um surto no município de Monte Alegre de Goiás, quando foram registrados 13 casos, concentrados na região dos kalungas. Houve diminuição dos casos em 2002 e a partir de 2003, aumento progressivo. No ano de 2006, foram notificados 93 casos de coqueluche e destes 58 confirmados, maior concentração de casos (63,7%) foi encontrada na faixa etária de menores de um ano, com incidência igual a 34,1/100.000 habitantes. Os municípios que tiveram mais casos confirmados foram: Goiânia, Aparecida de Goiânia e Rio Verde. Em 2007 foram notificados 18 casos, sendo 3 confirmados. A maior concentração de casos (16,7%) foi encontrada na faixa etária de menores de um ano, com incidência igual a 4,37/100.000 habitantes.

No período de 2000 a 2006, foram confirmados 93 casos de **tétano acidental** e em 2007, 9 casos confirmados. Apesar de apresentar uma tendência de declínio no período, a letalidade da doença em Goiás têm sido alta, alcançando valores acima de 60% nos anos 2004 e 2005 e 45%

em 2007, percentuais elevados, quando comparados com os países desenvolvidos onde o coeficiente varia entre 10 a 17% (Ministério da Saúde, 2005).

Em relação ao **tétano neonatal** (TNN) foram confirmados 06 casos distribuídos em seis municípios, sendo o último registrado em março de 2004, no Município de Simolândia. Dos seis casos, dois ocorreram em áreas cobertas por PSF. Em 2003, com as mudanças nos critérios de avaliação dos municípios potencialmente de risco para a ocorrência de casos de tétano neonatal no Brasil, 226 municípios goianos foram considerados de risco para o TNN.

O último caso de **raiva humana** em Goiás foi registrado em 2001. Em 2002, ocorreram 7 casos de raiva animal, sendo 05 em cães e 02 em felinos. Para efeito de cálculo estimativo da população canina a ser vacinada na campanha anuais foi estabelecido, pelo Ministério da Saúde, um percentual de 20% da população humana. Baseado neste parâmetro, para a campanha de setembro de 2007, esperava se vacinar 1.123.984 cães. A cobertura alcançada foi 89,07%.

1.4 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1.4.1 – Vigilância Epidemiológica

1.4.1.1 – Notificação Compulsória

A informação é o objetivo fundamental para a Vigilância Epidemiológica. São inúmeras as fontes de dados que irão produzir as informações necessárias.

Uma das principais fontes de informação para a Vigilância Epidemiológica é o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Esse sistema é alimentado a partir de notificações das chamadas doenças de notificação compulsória. Para cada uma dessas doenças há uma ficha de notificação/investigação que é preenchida pelo nível local e que alimenta o SINAN, a partir da qual são desencadeadas as medidas de prevenção e controle.

A Portaria n° 05/2006/MS estabelece a lista nacional de doenças de notificação compulsória. Fazem parte dessa lista 41 doenças, ficando os Estados e Municípios livres para acrescentar a essa lista, outras doenças de interesse Estadual/Municipal. O Código Sanitário Nacional também prevê a obrigatoriedade dessa notificação.

A SES-GO incluiu a essa lista através da Portaria n° 74 a varicela como de notificação obrigatória em todo o território estadual. Apesar de ser considerado uma doença benigna, observa-se nos últimos anos no Estado um aumento no número de casos da doença tanto em crianças quanto em adultos e idosos com ocorrência de surtos em alguns municípios e o que é mais importante com ocorrência de óbitos. Entre os anos 2000 a 2007 foram registrados 22.350 casos e 21 óbitos da doença, apesar da maioria dos casos serem ainda subnotificados. Este, aliás, é um dos

grandes desafios para a Vigilância Epidemiológica no Estado, reduzir a subnotificação de todas as doenças de notificação compulsória, para que a informação gerada e divulgada sobre a situação desses agravos no Estado possa ser mais fidedigna e subsidiar de forma efetiva o planejamento das ações.

Além do acompanhamento da situação epidemiológica dos agravos que constam da lista das Portarias nº 05/2006/MS e Portaria nº 74/SES-GO, através das ações e medidas estabelecidas pelos programas específicos, a Vigilância Epidemiológica é responsável ainda pelo acompanhamento dos fatores de risco das doenças não transmissíveis, pela área técnica da saúde do trabalhador e pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST e pela área técnica do Programa de Imunização.

1.4.1.2 – Imunização

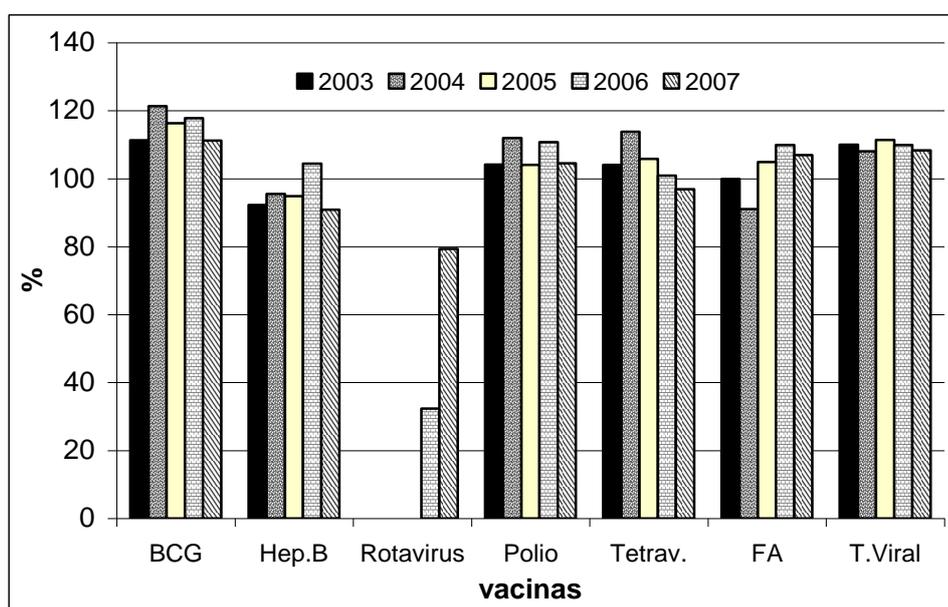
O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi instituído em 1973 e o que foi alcançado pelo Brasil nestes 30 anos está além do que foi conseguido por qualquer outro país com as dimensões geográficas extensas e condições socioeconômicas tão diversas. Várias estratégias como campanhas, varreduras, rotinas e bloqueios erradicaram a febre amarela urbana, a varíola e a poliomielite, controlaram o sarampo, o tétano neonatal, as formas graves da tuberculose, a difteria, o tétano acidental e a coqueluche e recentemente medidas foram implementadas para o controle das infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo B, da rubéola e síndrome da rubéola congênita.

Para um impacto epidemiológico satisfatório exige-se que seja vacinado um percentual da população capaz de interromper a cadeia de transmissão do agravo. Este percentual está relacionado ao grau de eficácia do imunobiológico e às características de cada doença. Os percentuais de cobertura precisam ser alcançados e mantidos de forma homogênea dentro de cada unidade geográfica (FUNASA, 2001). Baixos índices de coberturas vacinais e/ou heterogeneidade numa determinada região geográfica e/ou município favorecem riscos para a reintrodução do agente etiológico de uma determinada doença em locais onde ela foi erradicada/eliminada

Estes indicadores de imunização (cobertura e homogeneidade) são utilizados para monitorar os processos de reforma dos serviços de saúde e o desempenho dos serviços de saúde descentralizados. Os percentuais mínimos de cobertura vacinal são os seguintes: BCG-90%, Hepatite B-95%, Rotavírus-90%,Tetravalente-95%, Poliomielite-95%, Febre Amarela-100%, Tríplice Viral-95% e todos com uma homogeneidade mínima de 70%.

O Estado de Goiás em uma série histórica de cinco anos (2003 a 2007) na vacinação de rotina, para menores de um ano, conseguiu coberturas vacinais adequadas para as vacinas BCG, tetravalente e contra poliomielite. Não alcançou para a vacina contra hepatite B (2003, 2005 e 2007), febre amarela (2003, 2004) e rotavírus (2007). Esta última implantada gradativamente em Goiás no ano de 2006. Coberturas ideais também foram alcançadas nesses anos com a vacina Tríplice Viral, disponível para crianças na faixa etária de um ano de idade.

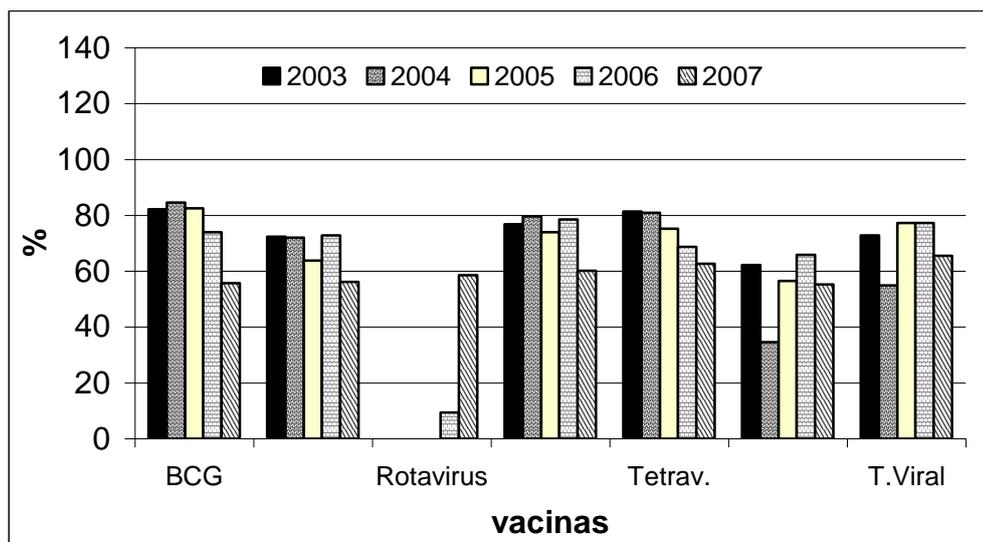
Gráfico 8 - Série histórica das coberturas vacinais em menores de um ano e um ano de idade para vacina tríplice viral na rotina. Goiás, 2003 a 2007



Fonte: SI-API/PNI

Apesar de o Estado ter atingido a meta na grande maioria das coberturas vacinais, isso não ocorreu de forma homogênea. Grande parte dos municípios ficou com coberturas abaixo do percentual ideal (figura 2). Esta situação colabora para a formação de grupos populacionais suscetíveis aos agravos levando ao risco de surtos e epidemias.

Gráfico 9 - Série histórica da homogeneidade das coberturas vacinais em menores de um ano e um ano de idade para vacina tríplice viral na rotina. Goiás, 2003 a 2007.



Fonte: SI-API/PNI

Alguns fatores podem estar relacionados às baixas coberturas, tais como:

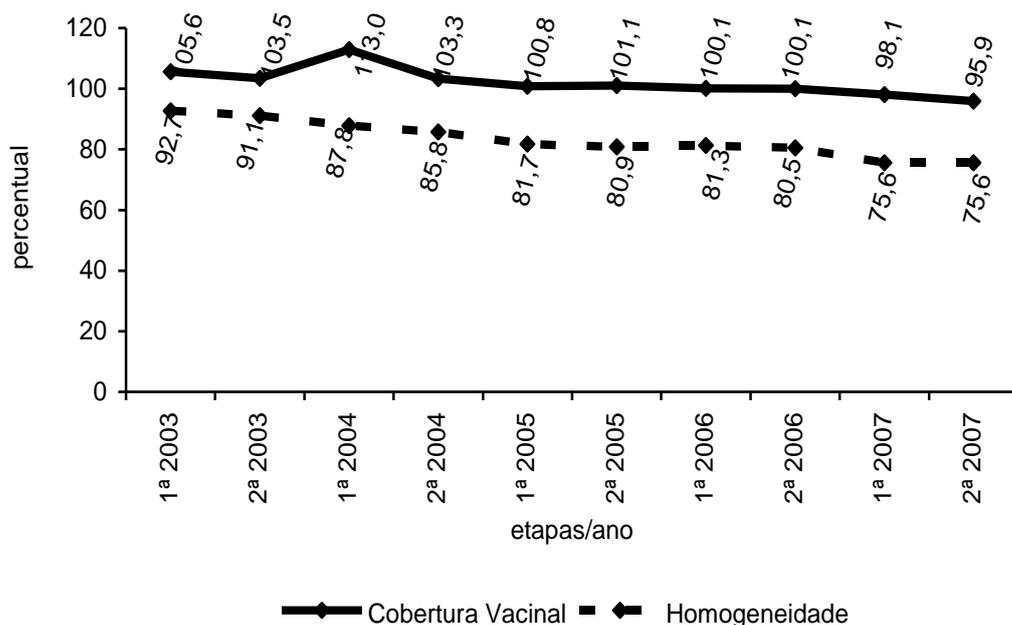
- Registros incorretos dos dados, sub-registro, uso de versões desatualizadas, alimentação não periódica do sistema de informações e não envio dos dados ao nível central em tempo hábil (mensalmente): a avaliação da qualidade de informação do programa de imunização deve ser uma atividade regular em todas as esferas (local, municipal, regional e estadual). A falta e/ou confiabilidade dos dados, vem dificultando a análise e identificação dos problemas e conseqüentemente a elaboração de estratégias específicas.
- Descompromisso por parte de alguns gestores: substituição de funcionários treinados da sala de vacinas por outros que não receberam treinamentos, perdas de imunobiológicos sem justificativas técnicas, não realização das ações de imunização na zona rural e de difícil acesso, priorização do processo eleitoral em relação às ações de imunização.
- Oportunidades perdidas de vacinação (salas abertas somente em um período ou em alguns dias da semana, agendamento de vacina, funcionários com várias atividades);
- Retroalimentação dos dados e repasse de informações da regional para municípios de abrangência feitas de forma deficiente e ineficaz.

Em relação às Campanhas de Vacinação contra Poliomielite e contra Influenza as coberturas vacinais foram atingidas. O indicador mínimo de cobertura vacinal e homogeneidade para as campanhas de vacinação contra poliomielite em menores de cinco anos é de 95% e 80%, respectivamente.

Nos últimos cinco anos o estado de Goiás tem apresentado coberturas vacinais acima do preconizado nas Campanhas. O grande problema observado tem sido a baixa homogeneidade. Os

municípios que não alcançaram as metas estabelecidas nos três últimos anos apresentam uma característica peculiar: a maioria possui uma população alvo (menor de cinco anos de idade) estimada em menos de 1000 habitantes.

As coberturas vacinais das Campanhas de Vacinação contra influenza em Goiás, no período de 2003 a 2007, estiveram acima da meta preconizada pelo Ministério da Saúde, que é de 70%. A homogeneidade, porém, que deveria ser de 100%, não foi alcançada em nenhum dos anos deste período (Gráfico 11).



Fonte: SI – API

Gráfico 10 – Série Histórica das Coberturas Vacinais e Homogeneidade em Menores de Cinco Anos nas Campanhas de Vacinação Contra Poliomielite 1ª e 2ª Etapas. Goiás, 2003 a 2007.

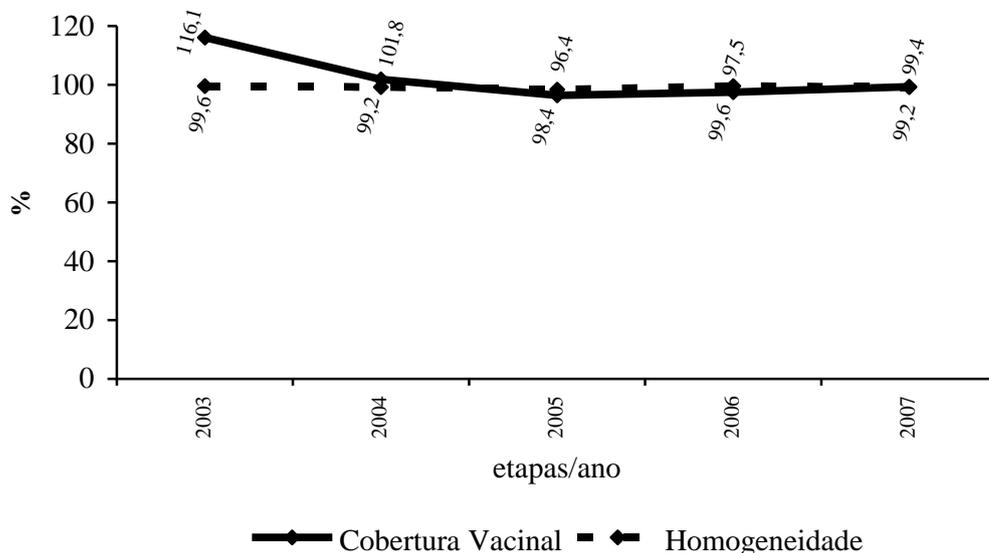


Gráfico 11 - Série Histórica das Coberturas Vacinais e Homogeneidade da Vacina Contra Influenza nas Campanhas do Idoso. Goiás, 2003 a 2007.

1.4.1.3 - Núcleos de Apoio Ao Controle das Endemias – NACES

Os núcleos de apoio ao controle das endemias – NACES, em número de quatro, são sediados nos municípios de Morrinhos, Jataí, Ceres e Formosa.

Realizam atividade técnica de apoio à gestão do componente estadual do sistema nacional de vigilância em saúde, através das supervisões das ações de prevenção e controle das endemias, de vigilância em saúde e assistência técnica aos municípios e realizam a programação pactuada e integrada da área de vigilância em saúde – PPI/VS..

Coordenam as operações de campo de controle de vetores de responsabilidade do estado em que envolvem vários municípios.

Realizam o planejamento e distribuição de inseticidas e diluentes, bem como a supervisão em relação a aplicação adequada destes insumos.

Realizam também o controle das atividades de visitas domiciliares e de pesquisa vetorial tabulando dados no sistema de informação de febre amarela e dengue – SISFAD, da doença de chagas – PC de CH, e também dos agravos leishmaniose, esquistossomose e malária.

1.4.1.4- LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA- LACEN

O Laboratório Central de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros – LACEN-GO constitui um dos pilares da Vigilância em Saúde, sendo responsável pela fundamentação investigativa na realização dos estudos, análises e pesquisas laboratoriais.

São clientes do LACEN-GO a Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental do Estado e dos Municípios, no desempenho de ações conjuntas de Saúde Coletiva, executadas por meio dos Programas Nacionais de Saúde Pública.

Realiza atendimentos de média e alta complexidade aos pacientes referenciados pelas unidades de saúde sob gestão estadual ou pelas unidades de saúde dos 246 municípios do Estado.

O LACEN-GO constitui Unidade de referência no Estado de Goiás, conforme dispõem as Portarias Ministeriais N°. 2031/2004 e N°. 2606/2005, com destaque para os quesitos:

- a) faz parte do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS;
- b) integra a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública e outros Centros Colaboradores;
- c) coordena a Rede Estadual de Laboratórios;
- d) é componente do Bloco da Vigilância em Saúde, no contexto dos Pactos pela Saúde – Portarias/GM Nº. 399/2006 e Nº. 699/2006;
- e) executa cooperação técnica com os municípios e
- f) realiza Assistência Médica de Alta Complexidade e Saúde do Trabalhador.

O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB é composto pelo conjunto de laboratórios pertencentes à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, organizados de acordo com o grau de complexidade e hierarquizados em conformidade às necessidades sanitárias. Desta forma, o LACEN/GO se reporta ao Centro de Referência Nacional – CRN que dá suporte às ações laboratoriais de maior complexidade, mantendo interfaces de ações principalmente com:

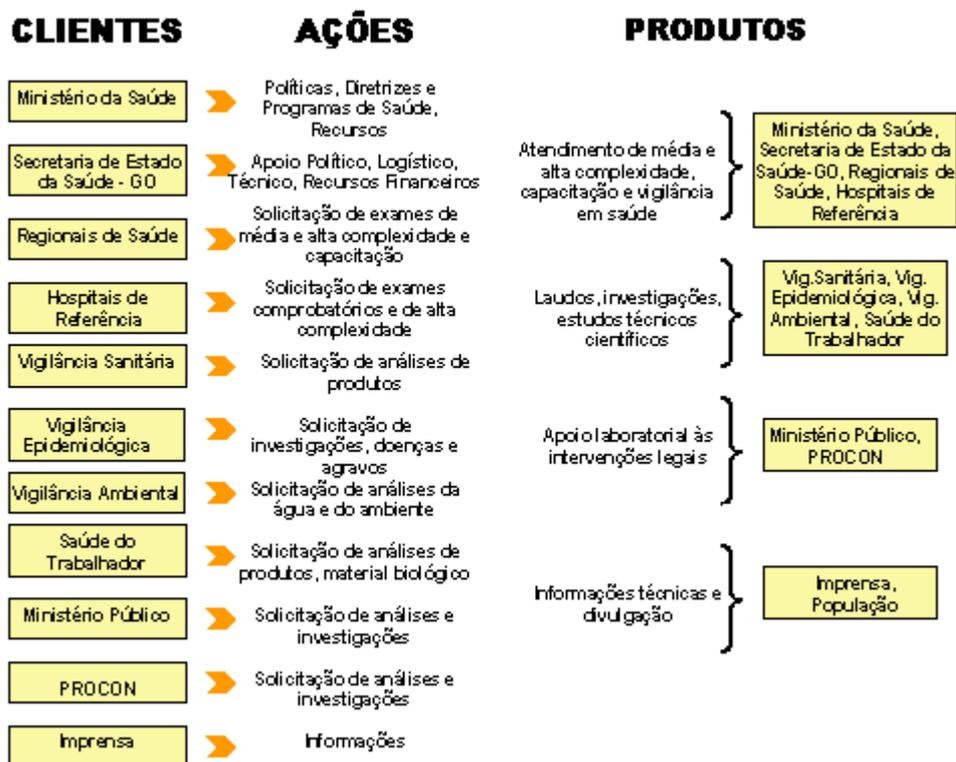
- Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde – INCQS;
- Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ;
- Instituto Adolfo Lutz;
- Instituto Evandro Chagas e
- Laboratório Central de Saúde Pública – Instituto Octávio Magalhães – LACEN/MG / Fundação Ezequiel Dias – FUNED.

É composto de um conjunto de redes de laboratórios, organizadas em sub-redes, por:

- Agravos ou programas;
- De forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades;
- Relacionadas à vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde, vigilância sanitária e assistência médica.

Os LACEN têm atribuições importantes no contexto da Saúde Pública, os quais são responsáveis pela definição das diretrizes laboratoriais a serem seguidas nesta instância do SUS e no conjunto de suas competências essenciais, destacando-se o desenvolvimento, a captação, a incorporação e o repasse de tecnologias para a Rede Estadual de Laboratórios, a padronização de novas técnicas e o controle de qualidade dos serviços desenvolvidos.

O quadro, a seguir, demonstra a organização e o fluxo dos serviços nos LACEN:



O LACEN-GO apresenta duas estruturas técnicas finalísticas para realização dos exames de referência: a DIVISÃO DE BIOLOGIA MÉDICA e a DIVISÃO DE PRODUTOS.

A DIVISÃO DE BIOLOGIA MÉDICA realiza os serviços de Diagnósticos de Doenças de Notificação Compulsória – Portaria 05/2006, de vigilância de doenças transmissíveis e não transmissíveis e vigilância dos agravos inusitados de interesse à Saúde Pública.

Compõem a Biologia Médica as áreas de: Virologia, Imunologia, Microbiologia, Micologia, Parasitologia, Biologia Molecular e Entomologia.

A DIVISÃO DE PRODUTOS é responsável pelos serviços de controle de qualidade dos produtos, execução de programas municipais, estaduais e nacionais de monitoramento do meio ambiente, emissão de laudos, investigações e estudos técnico-científicos, realizados pelas áreas de: Medicamentos, Cosméticos e Saneantes, Alimentos, Toxicologia e Água para consumo humano.

Os exames realizados em maior quantidade no ano de 2007 foram:

- Carga Viral para HIV: 7.322;
- Contagem de TCD4 e TCD8: 7.251;
- Mac Elisa Anti Dengue: 7.143;
- Elisa para HIV I e HIV II (1º Método): 4.609;
- Cultura de Sangue: 4.578.

A produção de exames da Divisão de Biologia Médica, tomando por parâmetro o ano de 2005, decresceu em 2006 e 2007, conforme demonstrada na tabela abaixo, o que representa a seletividade na prestação dos serviços, com a realização dos exames de referência da média e alta complexidade, em resposta aos incentivos à descentralização dos serviços e do fortalecimento dos laboratórios da atenção básica.

PRODUÇÃO DA DIVISÃO DE BIOLOGIA MÉDICA		
2005	2006	2007
183.043	149.202	117.142

Em contraposição à Biologia Médica, a Divisão de Produtos apresenta um acréscimo na sua produção, tomando por base o mesmo período (2005 a 2007), com a incorporação de técnicas e equipamentos laboratoriais no LACEN, situação atribuída ao incremento obtido por meio de investimentos do FINLACEN.

PRODUÇÃO DA DIVISÃO DE PRODUTOS		
2005	2006	2007
16.528	18.071	22.811

Desta forma, o LACEN-GO vem se consolidando como unidade de referência nacional ao receber progressão por porte e nível de complexidade, passando do nível “C” para o nível superior “D”.

A descentralização dos serviços de análises laboratoriais de interesse em Saúde Pública é configurada e coordenada pela REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS que realiza diagnósticos laboratoriais descentralizados.

Estes serviços estão estruturados em sub-redes, conforme quadro abaixo:

DIAGNÓSTICOS LABORATÓRIAS DESCENTRALIZADOS LACEN/2008					
SUB-REDES	LABORATÓRIOS				
	PÚBLICOS			COVENIADOS	TOT
	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL		
Água		1	Porangatu, Campos Belos, Goiás, Jataí, Itumbiara (em implantação)		6
Dengue		1	Jataí, Rio Verde, Itumbiara, Catalão, Goiânia, Anápolis, Luziânia, Ceres, Aparecida de Goiânia e Caldas Novas (em implantação)		1

CD4/CD8		1	Coleta de Material Descentralizado: Anápolis, Rio Verde, Jataí, Itumbiara, Caldas Novas, Goiânia		7
Carga Viral HIV		1	Coleta de Material Descentralizado: Anápolis, Rio Verde, Jataí, Itumbiara e Caldas Novas, Goiânia		7
Hepatites Virais		1	Jataí, Rio Verde, Itumbiara, Goiânia, Catalão, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Luziânia, Ceres, Formosa, Campos Belos e <u>Caldas Novas, Uruaçu (em implantação)</u>		15
HIV		1	Jataí, Rio Verde, Itumbiara, Catalão, Goiânia, Anápolis, Ceres, Uruaçu Campos Belos, Formosa, Luziânia, Aparecida de Goiânia, Caldas Novas e <u>Iporá, São Luiz de Montes Belos, Valparaíso, Planaltina de Goiás (em implantação)</u>		19
Meningite		1	Kits para coleta Goiânia – (Hospital Neurológico, Hospital da Criança, SVO, Hospital Infantil de Campinas, Hugo, HDT, HMI), Rio Verde – (Santa Casa) e Jataí – (Hospital Municipal)		1
Tuberculose	2	1	85 municípios	74	16
Hanseníase			85 municípios		85
Leishmaniose	1 IPTSP	1 LACEN-GO	Pesquisa Direta Luziânia, Valparaíso, Campos Belos, Formosa, Posse, Sylvania, Anápolis		9
Malária	1 IPTSP	1 LACEN-GO	Pesquisa Direta Luziânia, Valparaíso, Campos Belos, Formosa, Posse, Silvânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Caldas Novas, Catalão, Itumbiara, Morrinhos, Pires do Rio, Ceres, Colinas do Sul, Crixás, Goiás, Jussara, Minaçu, Niquelândia, Porangatu, Rialma, São Miguel do Araguaia, Uruaçu, Iporá, Jataí, Rio Verde, São Luis de Montes Belos, Mozarlândia, Petrolina de Goiás, Goiânia (HDT)		33

Atualmente o LACEN-GO conta com 211 colaboradores distribuídos entre servidores públicos estaduais, municipais, federais e prestadores terceirizados contratados por tempo determinado.

Direcionadas ao planejamento estratégico, o Programa da Qualidade em Saúde/LACEN/GO em parceria com Gerência da Qualidade/SES/GO realizaram oficinas de trabalho, no período entre dezembro de 2007 e fevereiro de 2008, que identificou os problemas prioritários a serem enfrentados por este Laboratório Central:

- Dificuldade de gestão financeira decorrente da ausência de autonomia na administração orçamentária e financeira, mesmo contando com os aportes financeiros diretos e específicos para o LACEN/GO;

- Dificuldade de internalizar a cultura da descentralização dos serviços de atenção à saúde;
- Fragilidade da negociação técnica e política para efetivar a descentralização dos laboratórios de análise da água nos municípios;
- Dificuldade na manutenção do parque tecnológico;
- Descontinuidade dos contratos de prestação de serviços de manutenção e calibração/ de equipamentos;
- Ausência de plano de Marketing;

1.4.2 – Vigilância Sanitária e Ambiental

Em 31 de dezembro de 2002, foi sancionada e publicada a Lei nº. 14.383 na qual a Superintendência de Vigilância Sanitária passou a denominar-se Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental.

A vida na sociedade atual torna-se cada vez mais complexa; novas necessidades vão surgindo, novos hábitos de consumo são estimulados e incorporados, e uma gama imensa de produtos e serviços é introduzida no cotidiano do cidadão. As distancias diminuíram, os produtos são disponibilizados rapidamente e uma pessoa que visita áreas atingidas por epidemias pode estar no mesmo dia em outro país. Assim, é para este amplo conjunto de serviços e produtos que a vigilância dirige suas ações, identificando e avaliando os riscos e antecipando a ocorrência de danos, fazendo prevalecer os interesses e o bem estar da sociedade.

A Vigilância Sanitária é a área da saúde pública responsável pelo desenvolvimento de um conjunto de ações para proteção da saúde das pessoas, interferindo sobre os problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de produtos, serviços de saúde e similares, além de outros provenientes do meio ambiente para prevenir, diminuir ou eliminar riscos e danos à saúde.

Para intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde, a Vigilância Sanitária observa o cumprimento da legislação sanitária, que orienta as ações preventivas e fiscalizadoras, contribui com a implantação de programas, projetos, atividades, sistemas e operações visando à qualidade e eficácia das ações e serviços de saúde, estabelece critérios e parâmetros para avaliação do impacto das ações de vigilância sanitária, monitora a qualidade dos produtos e serviços, informa e conscientiza a população de seus direitos de consumo produtos e serviços com qualidade. Assim a

Vigilância Sanitária, em articulação com as demais práticas de saúde atua no âmbito da proteção contra danos, riscos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população.

Na estrutura organizacional da Secretaria de Saúde, são atribuições da SVISA: o planejamento e formulação de estratégias, planos e projetos em VISA; além de normatizar, regulamentar, acompanhar e avaliar o subsistema estadual de vigilância sanitária, contribuindo com o desenvolvimento de RH em vigilância sanitária, e finalmente promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde.

As metas de fiscalização programadas para 2007, não foram alcançadas em razão da morosidade dos trâmites processuais, para o custeio de diárias e de combustível; outro entrave é o número insuficiente de fiscais a nível central para realizar as ações de VISA necessárias para prevenção e promoção da saúde da população do Estado de Goiás.

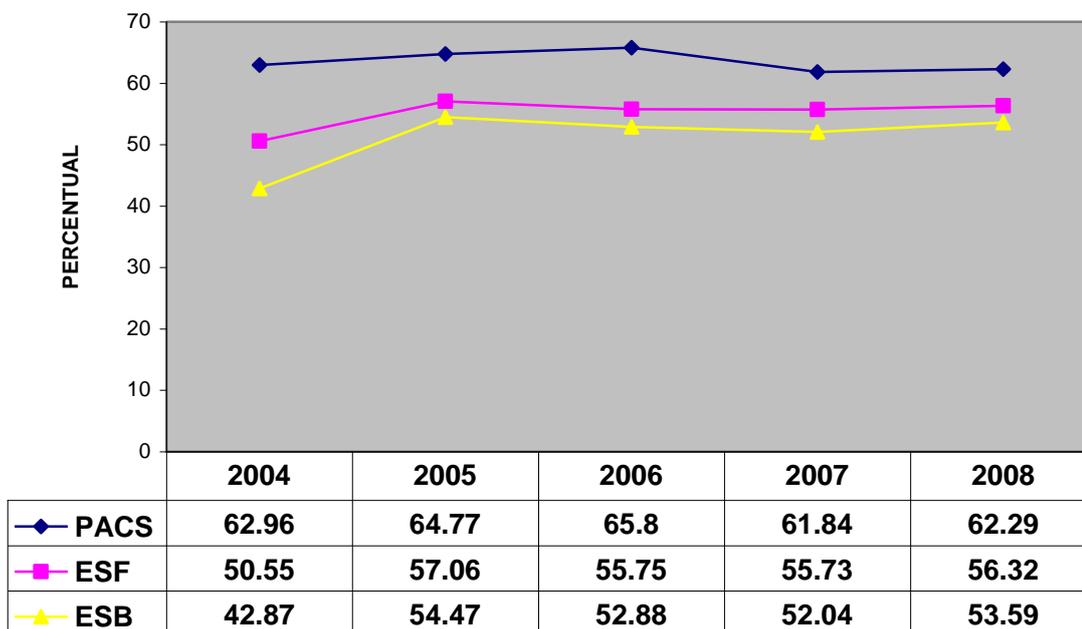
Em Goiás o **Centro de Informações Toxicológicas – CIT** faz parte da estrutura da SVISA, atendendo casos de intoxicações em humanos, e liberando soros antipeçonhentos para as unidades de saúde, conta ainda com uma biblioteca especializada, que além de atender a comunidade, realiza atividades de normalização de trabalhos científicos para seus usuários.

1.5 – ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica é uma das prioridades desta gestão, sendo fortalecida pela assinatura do Termo de Gestão Estadual que prioriza este nível de atenção e coloca a Estratégia de Saúde da Família como o modelo ideal a ser implementado, uma vez que atende a todos os princípios do SUS. A Estratégia de Saúde da Família foi institucionalizada pelo Ministério da Saúde em 1994 com o objetivo de substituir o modelo tradicional de assistência à saúde, trabalhando dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência.

O Estado de Goiás implantou essa Estratégia em 1998. No início de 2008 conta com 7.480 Agentes Comunitários de Saúde e 1.031 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 245 municípios, atingindo uma cobertura populacional de 56,3%. (Fonte www.saude.gov.br/dab). A cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde vem mantendo-se estável nos últimos quatro anos, conforme gráfico abaixo.

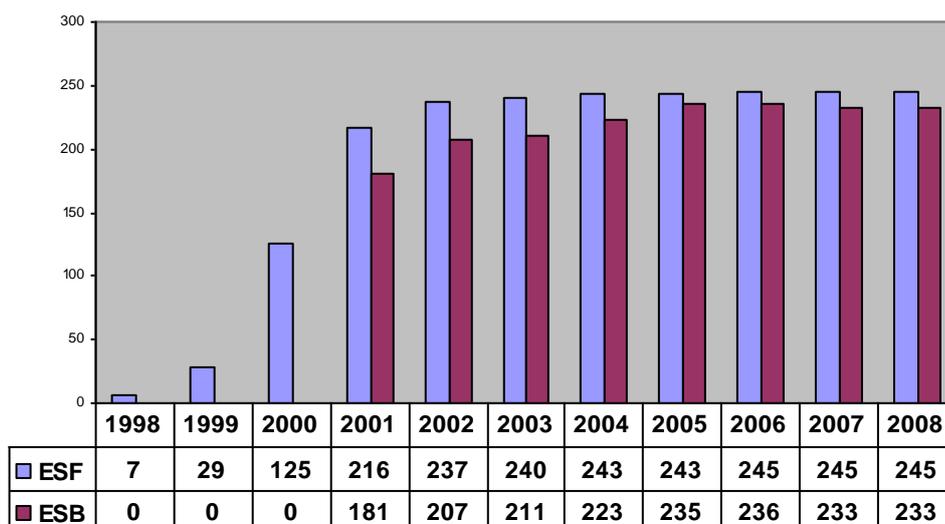
Gráfico 12 - Percentual da População Coberta Segundo Estratégia Saúde da Família. Goiás, 2004 a 2008



Fonte: SIAB

Dos 246 municípios existentes no Estado, 245 (99,9%) estão com Estratégia Saúde da Família implantada e 233 (94,7%) com Equipes de Saúde Bucal, conforme gráfico abaixo.

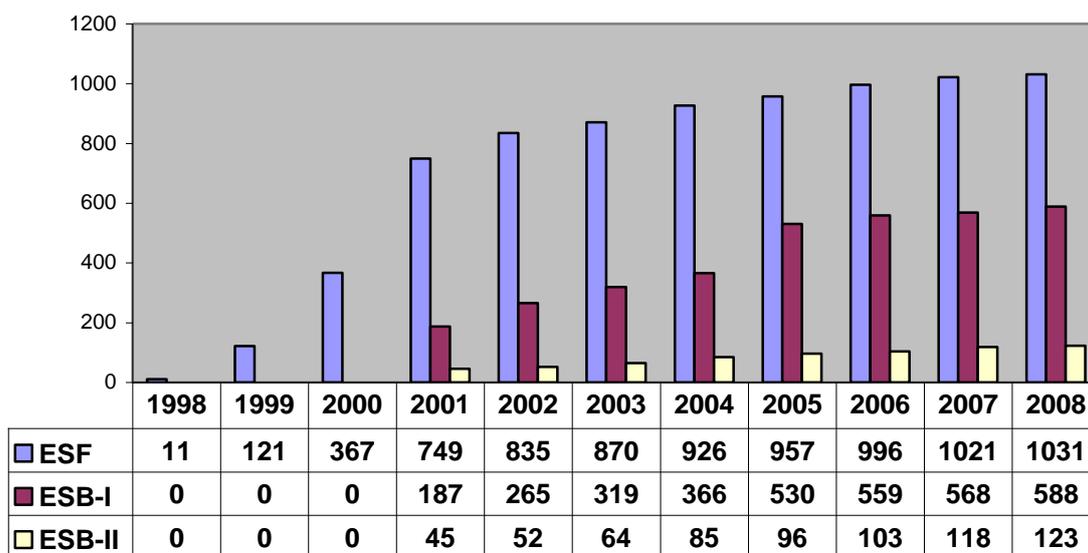
Gráfico 13 - Série Histórica de Municípios com EFS e ESB. Goiás, 1998 a 2008.



Fonte: SIAB

Abaixo, encontra-se gráfico demonstrando série histórica da implantação das Equipes Saúde da Família e Saúde Bucal no Estado de Goiás, no período de 2004 a 2008, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB.

Gráfico 14 - Série Histórica de Implantação de ESF e ESB I e II. Goiás, 1998 a 2008



Fonte: SIAB

Em relação à Saúde Bucal houve um grande avanço da atenção básica nos últimos quatro anos no Estado. No início de 2008 conta-se com 711 Equipes de Saúde Bucal – ESB - na Estratégia de Saúde da Família, sendo, 588 na modalidade tipo I e 123 na modalidade tipo II, com cobertura populacional de 53,59%, porém ainda não atingiu a proporção de uma ESB para cada equipe da ESF.

Apesar do avanço do número de ESB na ESF, as equipes existentes, na sua maioria, continuam a exercer as mesmas funções do modelo tradicional de atendimento, centrado no consultório e nos procedimentos individuais curativos sem uma visão da importância de se trabalhar na área da promoção, educação e prevenção, considerando as realidades locais e interagindo com os outros setores como educação, meio ambiente e outras instituições como igreja, associações de bairros, conselhos municipais, etc. Isso teria como causas prováveis: falta de preparação dos profissionais ao entrarem no serviço público; alta rotatividade dos mesmos; baixos salários e a não garantia dos direitos trabalhistas; ingerências políticas ou a falta de

informação dos gestores municipais; administração da regional de saúde em processo de reestruturação.

O descompasso entre a formação acadêmica dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família e a qualificação e o perfil exigido pelas normas, diretrizes e necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS - reflete na operacionalização da estratégia saúde da família como: alta rotatividade de profissionais, não cumprimento da carga horária preconizada, baixa fixação dos profissionais das ESF principalmente em regiões mais longínquas dos grandes centros, dificuldade dos profissionais em desenvolver ações interdisciplinares e interinstitucionais voltadas à integralidade do atendimento, situação essa agravada pela frágil identificação dos gestores municipais com o modelo de reorganização da atenção básica estabelecido pela Estratégia Saúde da Família. Esta realidade é demonstrada pela existência de unidades com instalações e equipamentos inadequados; a má utilização dos recursos repassados; a falta de referências para especialidades ambulatoriais e a precarização dos vínculos empregatícios.

Porém, mesmo diante destas dificuldades, a Secretaria Estadual de Saúde acredita e é parceira nesta proposta junto aos municípios e a federação, empenhando esforços no sentido de: aumentar a cobertura da população assistida, substituir o modelo de atenção à saúde, contribuir no alcance das metas pactuadas, estruturar as Unidades de Saúde, melhorar a qualidade da assistência oferecida e melhorar os vínculos empregatícios.

A SES-GO, por meio da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde, em articulação com as demais estruturas desta secretaria, vem discutindo e propondo mecanismos e instrumentos que contribuam para o desenho e institucionalização do monitoramento e avaliação das atividades realizadas pela atenção básica, com foco no papel das ESF quanto à estruturação deste nível e seu rebatimento sobre a média e alta complexidade.

1.5.1 - DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA/ INDICADORES DO PACTO DE ATENÇÃO BÁSICA

Para a análise do desempenho da Atenção Básica do Estado desenvolvida pelos municípios utilizou-se metodologia semelhante à adotada pelo Ministério da Saúde, que permite a obtenção de um estimador do grau de cumprimento da meta. Os indicadores foram elaborados através das bases nacionais dos sistemas de informações instituídos pelo Ministério da Saúde, conforme quadro abaixo.

**Quadro 25 – Série histórica de alguns indicadores pactuados/avaliados pelo
SISPACTO, Goiás- 2004 a 2006.**

Eixos	INDICADOR	Meta/04	Aval./04	Meta/05	Aval./05	Meta/06	Aval./06
1	Razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a pop. feminina nesta faixa etária.	0,3	0,19	0,2	0,2	0,2	0,09
2	Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo do útero.	3	4,16	3	3		
3	Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama.	5	6,52	5	6		
4	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC).	34	36,3	34	33	30	31,31
5	Taxa de mortalidade por doenças cerebro-vasculares.	129	129,4	129	100		
6	Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC).	100	115,4	100	102	100	97,46
7	Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus.	17	11,02	11	12		
8	Proporção de internações por diabetes mellitus.	1,2	1,52	1,2	1,7		
9	Cobertura de primeira consulta odontológica/programática.	14	11,27	14	12	12,5	12
10	Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.	0,16	0,29	0,29	1		
11	Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.	7	7,33	7,5	6,9		
12	Proporção da população coberta pelo estratégia saúde da família (ESF).	61	47,01	50	50	60	52,82
13	Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.	1,5	1,2	1,5	1,3	1,5	1,33
14	Média mensal de visitas domiciliares por família.	0,8	0,45	0,8	0,4	0,8	0,49
15	Proporção de internações por complicações do diabetes mellitus.					1,2	1,85
16	Proporção de instituições de longa permanência para idosos inspecionadas.						78,98
17	Cobertura da ação coletiva "escovação dental supervisionada".					3	1,32
18	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais.					1	0,04
19	Homogeneidade da cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade.	80	74,8	70	77		77
20	Proporção de abandono de tratamento de tuberculose.	5	9,2	5	9,1	5	
21	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva.	11	9,1	10,8	9,32	9	
22	Taxa de mortalidade por tuberculose.	0,8	1	0,8	1,03		
23	Proporção de abandono de tratamento de hanseníase.	6,1	14,63	10	14,7		
24	Taxa/Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase.	6	6	6,6	5,8	5	
25	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados.	80	85,3	90	76,5		
26	Taxa/Coeficiente de prevalência da hanseníase.	10	3,62	3,8	5,2	4	
27	Proporção do grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico.	11	17	10	17		
28	Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade.						110,1
29	Taxa/coeficiente de mortalidade infantil.	16	17,79	16	14	14	13,69
30	Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer	6	6,85	6	7	6	7,1
31	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	6	3,17	3	5	3	
32	Taxa de internações por IRA em menores de 5 anos de idade	34	33,03	32	30	30	36,71
33	Taxa/coeficiente de mortalidade neonatal.	9	12,75	10	10		9,57
34	Taxa/razão de mortalidade materna.	43	58,06	50	28	27	37,98
35	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal.	90	90,61	90	91	91	93,11
36	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.	100	100	100	82	84	81,73
37	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	65	62,94	65	64	65	65
38	Coeficiente de mortalidade infantil por doença diarreica.						0,11
39	Coeficiente de mortalidade infantil por pneumonia.						0,24

Eixos	INDICADOR	Meta/04	Aval./04	Meta/05	Aval./05	Meta/06	Aval./06
40	Taxa de internações por doença diarréica aguda em menores de 05 anos.					22	34,38
41	Coefficiente de mortalidade neonatal tardia.					2,4	2,3
42	Proporção de partos cesáreos.					50	54,23
43	Índice de contratualização.						65
44	Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais.						95
45	Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas.						94,81
46	Proporção de municípios prioritários de combate à dengue com < 1 % de infestação predial por <i>Aedes aegypti</i> .						81,25
47	Proporção de municípios que não realizam o pagamento por meio do código 7.						66,66
48	Proporção de munic. prioritários p/ combate a dengue c/ plano de contingência de atenção aos pacientes c/ dengue, elaborado.						72,91

Indicador Principal para todos os Municípios e Estado	Indicador Principal apenas p/ Municípios c/ pop. igual ou maior q/ 80.000 hab. e Estado	Indicador Principal apenas para o Estado	Indicador Complementar para todos os Municípios e Estado	Indicador Complementar apenas para Municípios c/ pop. Igual ou maior que 80.000 hab. e Estado.	Indicador não consta na planilha do ano.
---	---	--	--	--	--

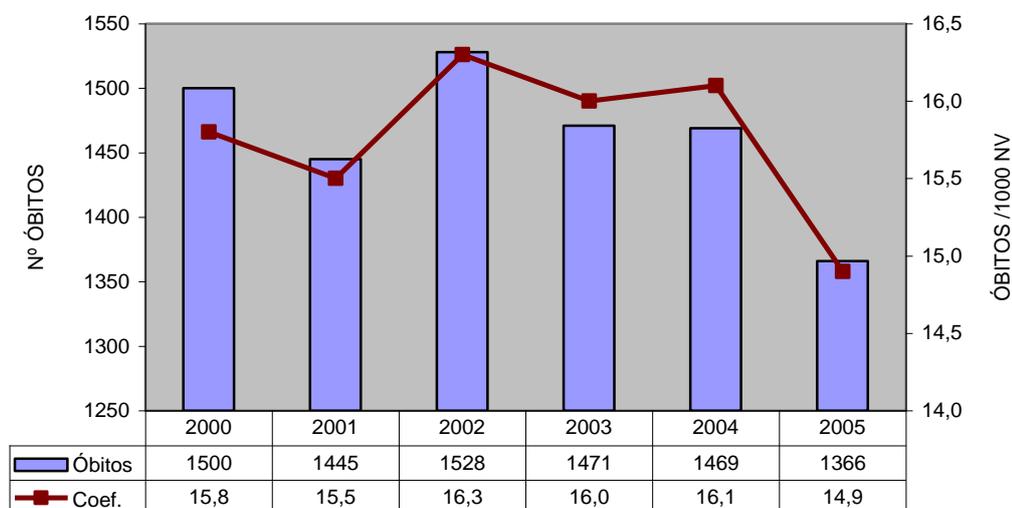
Dos indicadores avaliados foram selecionados alguns para análise mais detalhada:

SAÚDE DA CRIANÇA

Dentre os indicadores para acompanhamento da saúde da criança foram selecionados o número de óbitos e o coeficiente de mortalidade infantil, cujos dados apresentados a seguir correspondem ao período de 2000 a 2005, segundo DATASUS.

No Estado de Goiás pode-se observar redução do número de óbitos em menor de um ano em 2005 quando comparado ao valor registrado em 2000. Assim como o coeficiente de mortalidade infantil que passou de 15,8 para 14,9 óbitos por 1000 nascidos vivos.

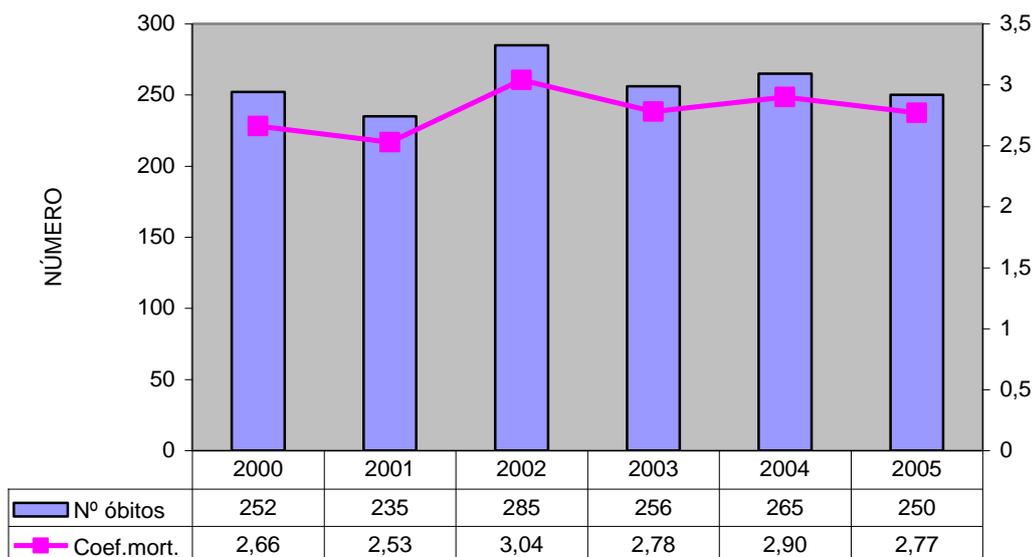
Gráfico 15 - Número de Óbitos e Coeficiente de Mortalidade Infantil , Goiás. 2000 a 2005



Fonte: Tabnet/DATASUS/Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2007

Em 2005, o coeficiente de mortalidade infantil neonatal tardia, quando comparada com o índice apresentado em 2000 não sofreu grande variação, embora no ano de 2002 tenha ocorrido um aumento dos casos: 3,04 óbitos /1000 nascidos vivos. O índice mais baixo no período foi registrado em 2001: 2,53 óbitos /1000 nascidos vivos.

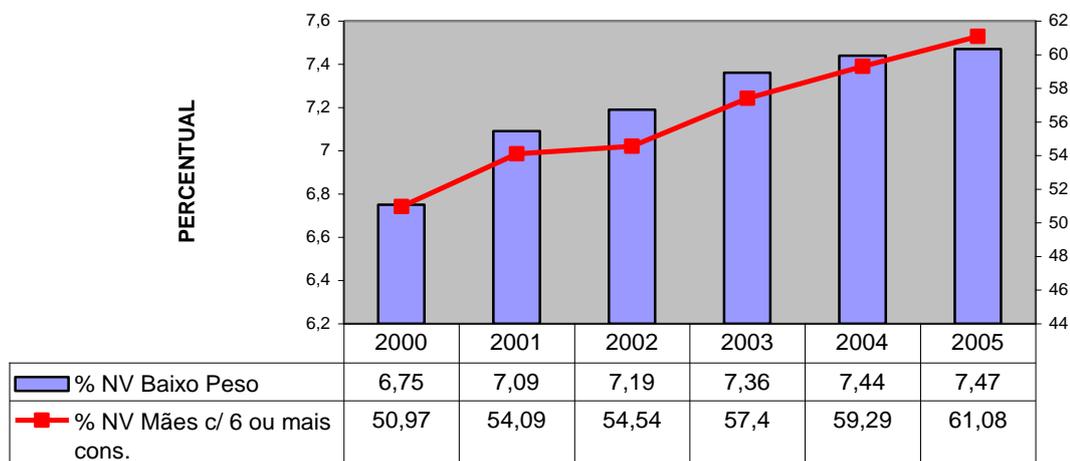
Gráfico 16 - Número absoluto de óbitos e coeficiente de mortalidade infantil neonatal tardia, Goiás, 2000 a 2005



Fonte: Tabnet/DATASUS/Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2007

A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer aumentou no período selecionado, apesar do crescimento da proporção do número de mães com mais de 6 consultas de pré-natal.

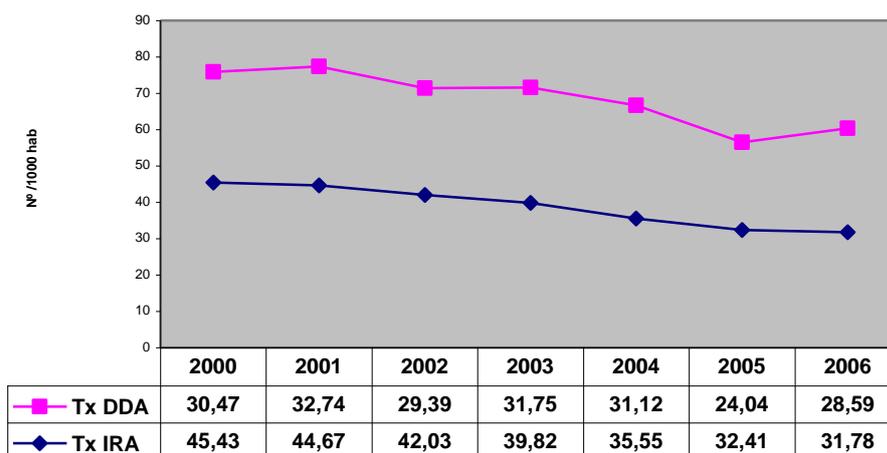
Gráfico 17 - Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer e proporção de nascidos vivos de mães com 6 consultas de pré-natal, Goiás, 2000 a 2005



Fonte: Tabnet/DATASUS/Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2007

A taxa de internação por Doença Diarréica Aguda (DDA) reduziu no período de 2000 a 2005 apresentando uma discreta elevação no ano de 2006. Em relação à Infecção Respiratória Aguda (IRA) observa-se uma redução constante na taxa de internação no mesmo período.

Gráfico 18 - Taxa de internações por doença diarréica aguda (DDA) e por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de cinco anos*. Goiás, 2000 a 2006

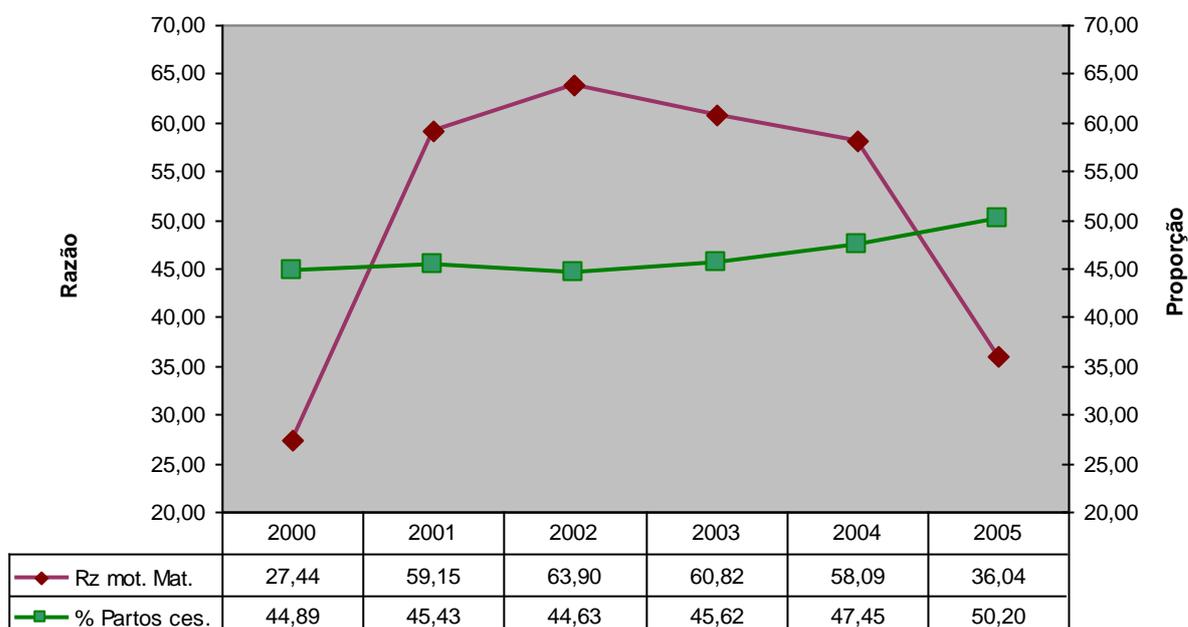


Fonte: Tabnet/DATASUS/Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2007

*Nº de internações/1000 hab. na faixa etária de 0 a 4 anos

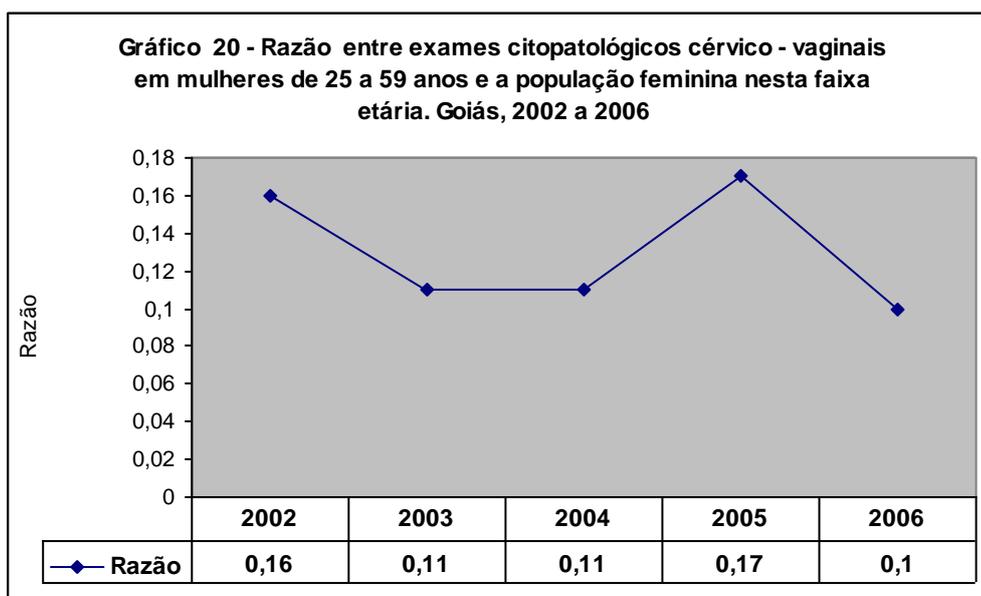
O número de óbitos decorrentes de causas maternas, por 100.000 nascidos vivos, registrado no período de 2001 a 2005 apresentou uma redução significativa, apesar de o número de partos cesáreos continuar elevado. Isto sugere uma melhoria na qualidade da atenção à mulher em outros aspectos relacionados ao período grávido puerperal.

Gráfico 19 - Razão de mortalidade materna e proporção de partos cesáreos. Goiás, 2000 a 2005



Fonte: Tabnet/DATASUS/Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2007

Em Goiás, a razão entre o número do exame preventivo de câncer do colo de útero, em mulheres de 25 a 59 anos, e a população feminina nesta faixa etária não apresentou mudanças relevantes durante o período, no entanto, está sempre abaixo da razão pactuada a nível nacional (0,3).

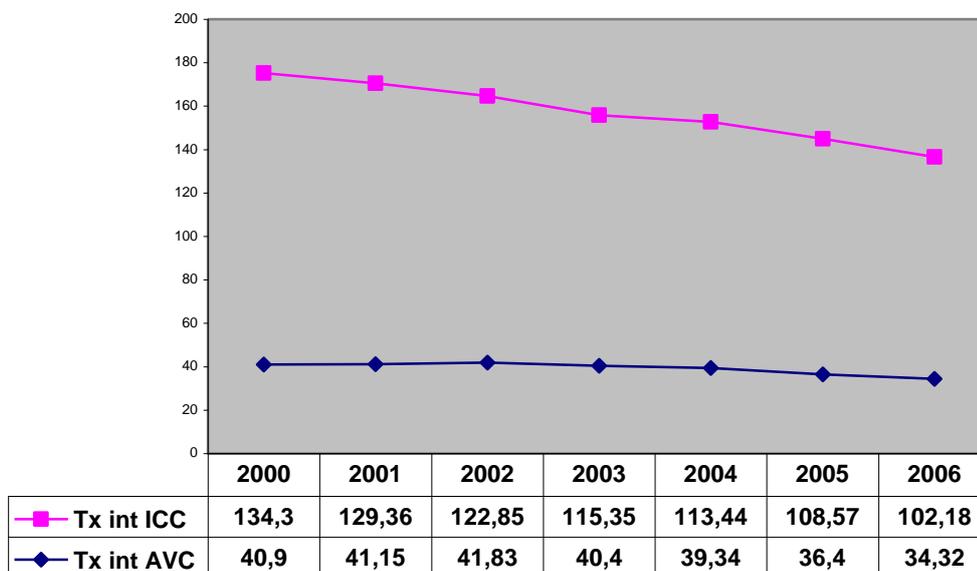


Fonte: Tabnet/DATASUS/Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2007

CONTROLE DA HIPERTENSÃO E DO DIABETES MELLITUS

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus e suas conseqüências são considerados problemas de saúde pública no Brasil devido ao impacto sócio - econômico produzido por tais patologias. Nesse contexto, foram incluídos no Pacto da Atenção Básica cinco indicadores para mensurar o impacto das ações de atenção básica destinadas ao controle das mesmas, sendo que três destes serão apresentados a seguir.

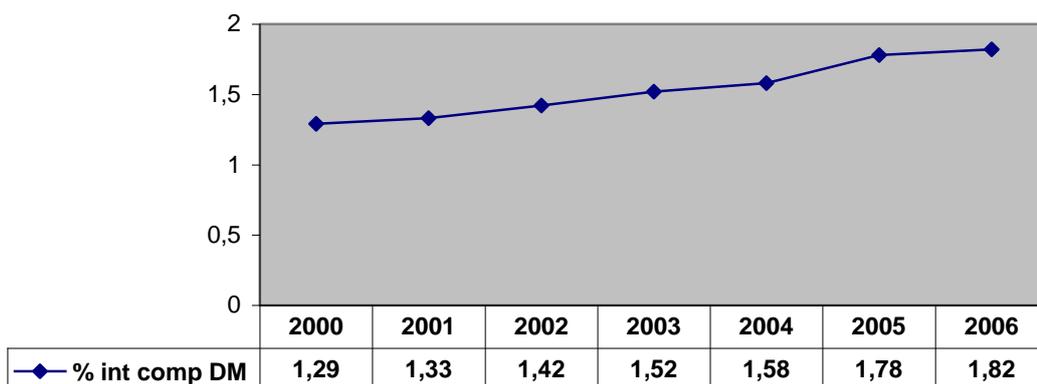
Gráfico 21 - Taxa de internação por acidente vascular cerebral(AVC) e por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) Goiás, 2000 a 2006



Fonte: Tabnet/DATASUS/Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2007

A proporção de internação por complicações do diabetes em relação ao número total de internações (exceto parto), no estado de Goiás, apresentou tendência progressiva de crescimento no período de 2000 a 2006, passando de 1,29% em 2000, para 1,82 em 2006.

Gráfico 22 - Proporção de internações por complicações do diabetes mellitus. Goiás, 2000 a 2006

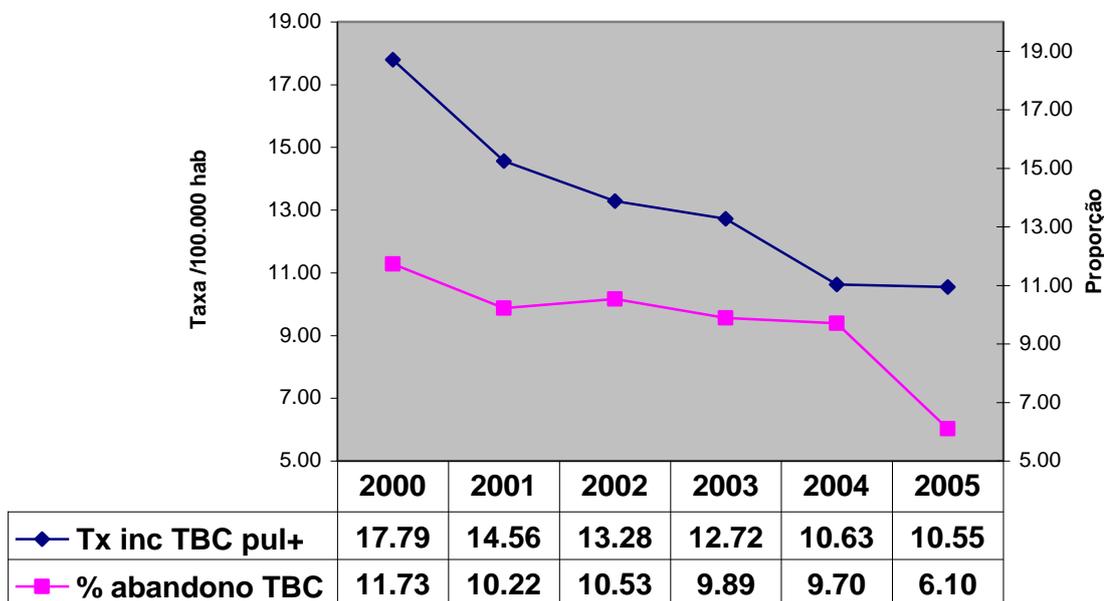


Fonte: Tabnet/DATASUS/Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2007

CONTROLE DA TUBERCULOSE E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

Em relação ao controle de tuberculose no Estado, observou-se, a partir dos dados analisados, que a proporção de abandono do tratamento apresentou redução progressiva a partir de 2003, passando de 9,89 em 2003 para 6,10 em 2005. A taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva apresentou decréscimo considerável ao longo do período analisado.

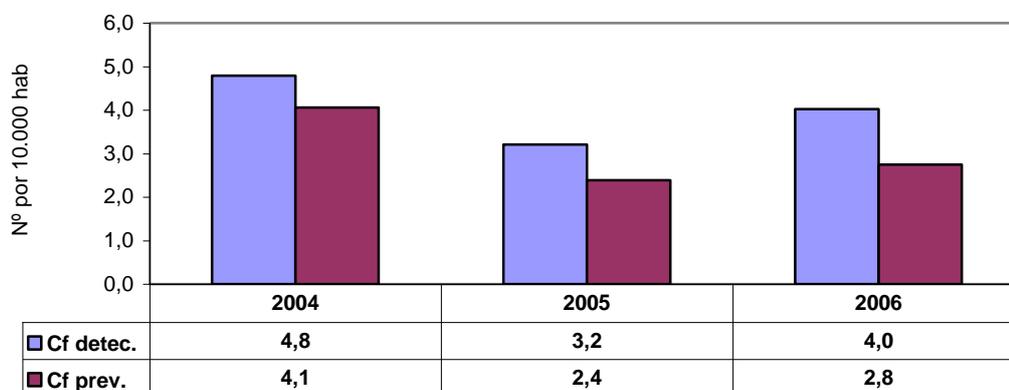
Gráfico 23 -Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva e proporção de abandono do tratamento de tuberculose. Goiás, 2000 a 2005



Fonte: Tabnet/DATASUS/Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2007

Quanto aos Coeficientes de Prevalência e de Detecção da hanseníase (2004 a 2006), observa-se no gráfico 24, que em 2005 houve uma diminuição significativa tanto na detecção quanto na prevalência da hanseníase. Porém, em 2006, ocorreu nova elevação nas duas taxas, principalmente na detecção de novos casos da doença, questiona-se a elevação do número real de casos ou a melhoria na busca ativa dos mesmos.

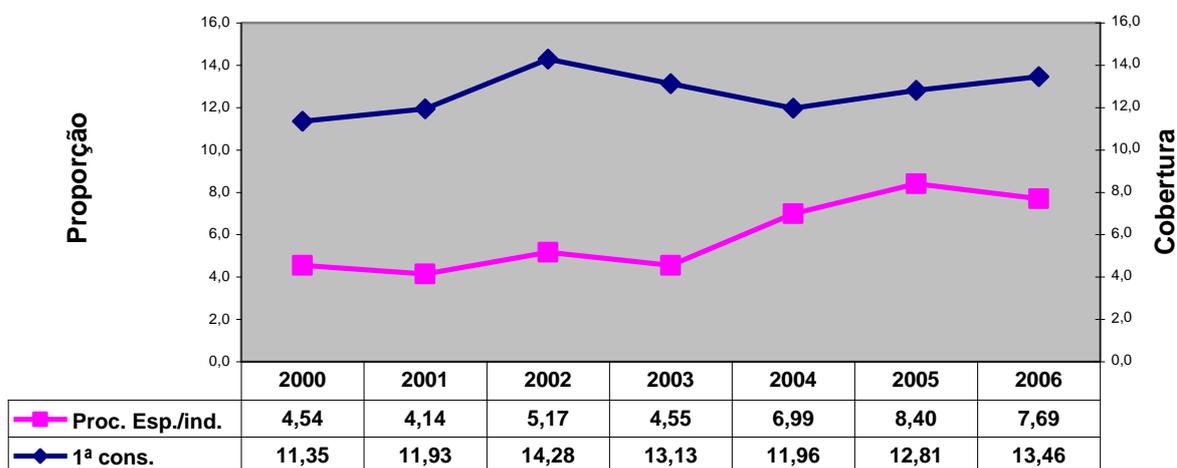
Gráfico 24 - Coeficiente de prevalência e de detecção de casos de hanseníase. Goiás, 2004 a 2006



SAÚDE BUCAL

Os resultados dos indicadores relacionados à atenção à saúde bucal no estado de Goiás apontaram para o aumento da cobertura de primeira consulta odontológica, quando comparados os índices registrados em 2006 em relação aos de 2000. Também aumentou a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações individuais passando de 4,54% para 7,69% em 2006.

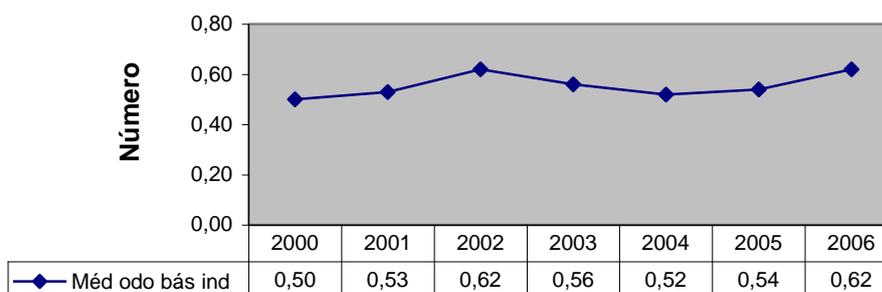
Gráfico 25 - Cobertura de primeira consulta odontológica programática e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais. Goiás, 2000 a 2006



Fonte: Tabnet/DATASUS/Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2007

Neste mesmo período, a média de procedimentos odontológicos básicos individuais em Goiás subiu de 0,50 em 2000, para 0,62 em 2006 (Gráfico 26).

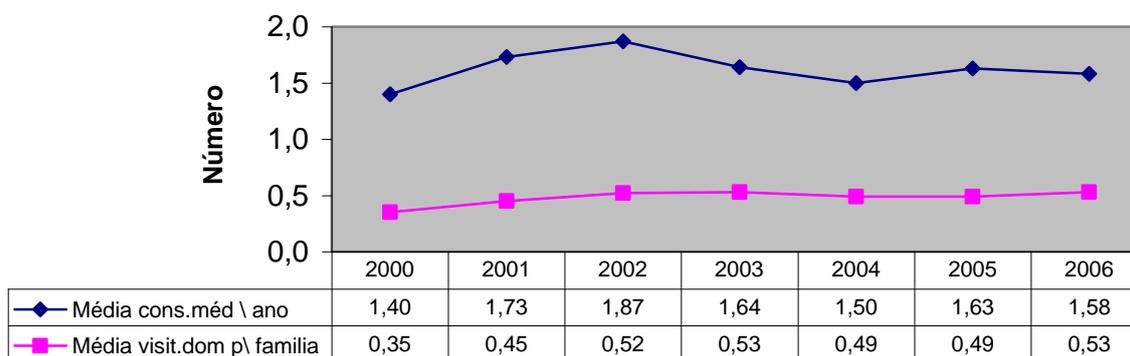
Gráfico 26 - Média de procedimentos odontológicos básicos individuais. Goiás, 2000 a 2006



INDICADORES GERAIS

Em relação à média de consultas médicas por habitante/ano, nas especialidades básicas, observa-se uma evolução crescente até 2002. Após, voltou a decrescer.

Gráfico 27 - Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas e média mensal de visitas domiciliares por família. Goiás, 2000 a 2006



Fonte: Tabnet/DATASUS/Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2007

1.6 - ATENÇÃO AMBULATORIAL NO SUS

1.6.1 – CAPACIDADE INSTALADA

Conforme informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) estão cadastrados 4.587 serviços de saúde no estado de Goiás em 2008, dos quais, 28,21% são Centros/Unidades Básicas e Postos de saúde; 31,76% são consultórios isolados e 11,95% são Unidades de Apoio Diagnose e Terapia.

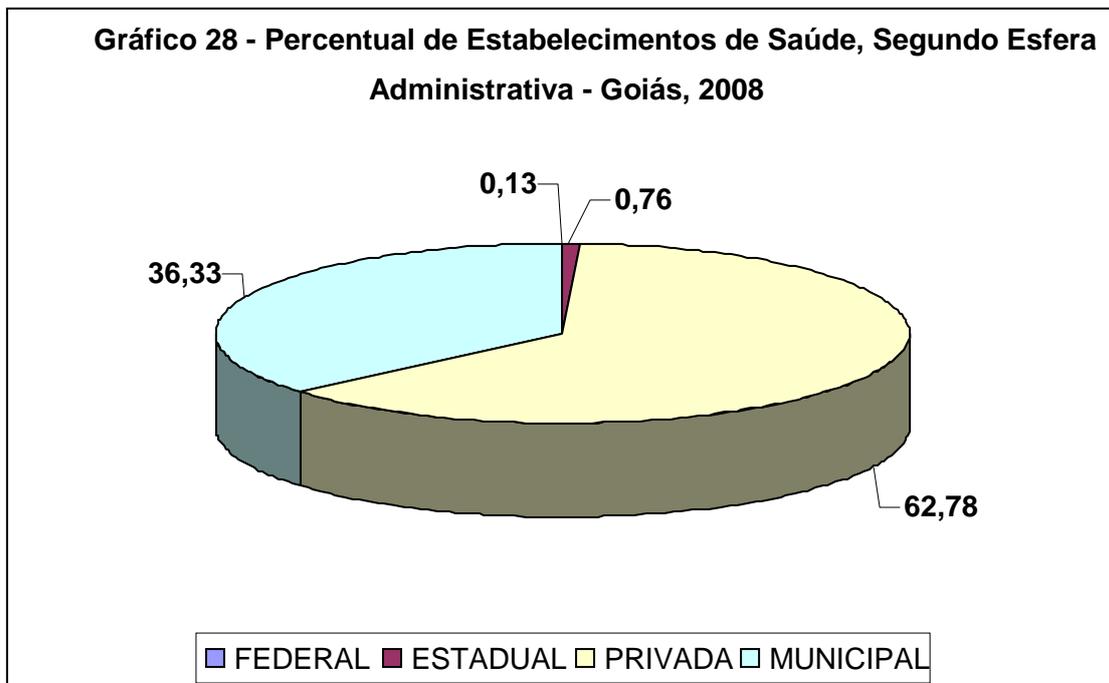
Quadro 26 – Estabelecimentos de Saúde cadastrados/CNES, Goiás, 2008.

DESCRIÇÃO	Total	%
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	1105	24,10
POSTO DE SAÚDE	189	4,12

UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	548	11,95
CONSULTÓRIO ISOLADO	1457	31,78
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	525	11,45
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	10	0,22
HOSPITAL ESPECIALIZADO	85	1,85
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	3	0,07
POLICLÍNICA	148	3,23
UNIDADE MISTA	16	0,35
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	35	0,76
FARMÁCIA	9	0,20
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSP - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	9	0,20
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	4	0,09
HOSPITAL GERAL	357	7,79
PRONTO SOCORRO GERAL	21	0,46
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	58	1,26
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA LACEN	1	0,02
COOPERATIVA	5	0,11
TOTAL	4585	100,00

Fonte: CNES, acesso em março de 2008

Do total de estabelecimentos descritos acima, pode-se constatar que a maioria ainda se concentra no setor privado, conforme gráfico abaixo.



Fonte: CNES

Sob sua gestão, o Estado de Goiás administra oito unidades assistenciais públicas, conforme abaixo descrito:

- 01 HEMOCENTRO Coordenador, com uma Hemorrede composta por: 04 Hemocentros Regionais, 05 unidades de coleta e transfusão e 14 agências transfusionais;
- 01 Central de Medicamentos de Alto Custo - Juarez Barbosa;
- 02 Centrais Odontológicas, estando uma em Goiânia e outra em Anápolis;
- 01 Laboratório Central de Saúde Pública – Dr. Giovanni Cysneiros (LACEN-GO);
- 01 Unidade de Medicina Alternativa;
- 01 Casa de Apoio à Pacientes vivendo com AIDS – Condomínio Solidariedade;
- 01 Centro Integrado Médico-psicopedagógico (CIMP).

Média e Alta Complexidade

Verifica-se uma deficiência na distribuição dos serviços de média e alta complexidade no Estado de Goiás, conforme demonstrado abaixo, com concentração destes em determinadas regiões e ausência em outras, o que dificulta o acesso da população ao tratamento de saúde.

Tomografia Computadorizada

Para o serviço de tomografia computadorizada constata-se que há uma cobertura satisfatória no Estado, porém o quantitativo disponível para o SUS, corresponde a 54,5%, conforme demonstra o quadro abaixo. Verifica-se que na macrorregião Nordeste a oferta está aquém da necessidade (Portaria 1101/02), assim como, observa-se também, uma concentração de oferta do serviço na macrorregião Centro Oeste (52,7%).

Os municípios da Região Nordeste são atendidos pelas regiões Entorno Norte e Entorno Sul. Merece avaliação em separado porque apresenta uma população de 60.225 habitantes, com extensa área geográfica, pouca infra-estrutura de malha rodoviária, o que dificulta o deslocamento, quando necessário. Com base nestes dados é importante avaliar a necessidade de instalação do serviço de TC para esta região, embora apresente uma população aquém do preconizado, ou seja, 1/100.000 habitantes.

Considerando a população total de Goiás e o número de serviços credenciados ao SUS a cobertura está inadequada, além de verificar também que nem todos os aparelhos estão em uso,

havendo necessidade de reparos nestes, principalmente nas unidades próprias da SES que atualmente referencia provisoriamente para o Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER.

Quadro 27 - Serviços de Tomografia Computadorizada por Macro-Região, segundo parâmetros da Portaria GM 1101/02 e serviços instalados.

MACRORREGIÃO	Parâmetros Portaria 1101	População/hab. (1/100.000 hab)	Tomógrafo Computadorizado		
			Existente	Em Uso	SUS
CENTRO OESTE	37	3.700.051	40	39	19
NORDESTE	10,28	1.028.038	4	4	2
CENTRO NORTE	9,5	950.335	10	9	7
SUDOESTE	4,86	486.882	7	7	5
SUDESTE	4,48	448.156	5	5	3
Total	66,12	6.6134.62	66	64	36

Fonte: CNES/nov/2007.

Ressonância Nuclear Magnética

O serviço de ressonância nuclear magnética (RNM) encontra-se instalado somente nas macrorregiões Centro-Oeste e Centro-Norte (Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis), concentrando-se nestas áreas 100% da oferta do serviço. Esta situação sugere uma redistribuição adequada da oferta, atendendo a demanda e evitando deslocamentos desnecessários. Pode-se pensar em implantar este serviço em cada macro-região, de acordo com a necessidade.

Para a população total de Goiás a cobertura está aquém da necessidade, com um déficit de 03 serviços levando-se em consideração o parâmetro de 1/500.000 habitantes e alertando para o fato de que menos da metade destes serviços estão disponíveis para o SUS.

Quadro 28 – Serviços de Ressonância Magnética por Macro-Região, segundo parâmetros da Portaria GM 1101/02 e serviços instalados.

MACRORREGIÃO	População/hab.	Parâmetros Portaria 1101(1/500.000 hab)	Ressonância Magnética		
			Existente	Em Uso	SUS
CENTRO OESTE	3.700.051	7,4	10	10	4
NORDESTE	1.028.038	2,0	0	0	0
CENTRO NORTE	950.335	1,9	1	1	1
SUDOESTE	486.882	0,97	0	0	0
SUDESTE	448.156	0,89	0	0	0
Total	6.6134.62	13,16	11	11	5

Fonte: CNES/nov/2007.

Terapia Renal Substitutiva – TRS

A capacidade instalada do serviço de hemodiálise também apresenta deficiências em sua oferta na maioria das macrorregiões, exceto na Sudeste. A microrregião Central apresenta uma cobertura de 51% da necessidade do Estado de Goiás.

As microrregiões Norte e Serra da Mesa, que integram a Macro-região Centro Norte, não possuem serviço de hemodiálise, sendo necessário o deslocamento do usuário para as microrregiões São Patrício (Ceres e Goianésia) ou Pireneus (Anápolis), que são distantes daquela população e onde há deficiência na malha rodoviária.

As microrregiões Rio Vermelho, Oeste I, Oeste II, Nordeste e Sudoeste II também não possuem o serviço de hemodiálise, devendo referenciar o usuário para outra microrregião. No Plano Estadual de Regionalização está prevista a instalação de serviços nas microrregiões Sudoeste II, Oeste I e Oeste II.

Atualmente a cobertura de todo o Estado está aquém do parâmetro de 1/15.000 habitantes, apresentando déficit de 91 equipamentos. Todos os serviços existentes estão cadastrados pelo SUS.

Quadro 29 – Serviços de Hemodiálise por Macro-Região, segundo parâmetros da Portaria GM 1101/02 e serviços instalados.

MACRORREGIÃO	Parâmetros Portaria 1101(1 p/ 15.000 hab.)	Microrregião de Saúde GO	População	Equipamento para Hemodiálise		
				Existente	Em Uso	SUS
CENTRO OESTE	246	5201 Central	2.594.834	178	177	177
		5202 Centro Sul	699.399	24	24	24
		5203 Rio Vermelho	191.786	0	0	0
		5204 Oeste I	114.890	0	0	0
		5205 Oeste II	99.142	0	0	0
		SUBTOTAL	3.700.051	202	201	201
NORDESTE	68,5	5206 Entorno Norte	285.670	17	17	17
		5207 Entorno Sul	683.203	49	49	49
		5208 Nordeste	59.165	0	0	0
		SUBTOTAL	1.028.038	66	66	66
CENTRO NORTE	63,3	5209 Norte	142.093	0	0	0
		5210 Serra da Mesa	109.113	0	0	0
		5211 Pireneus	442.875	37	37	37
		5212 São Patrício	256.254	13	13	13
		SUBTOTAL	950.335	50	50	50
SUDOESTE	32,4	5213 Sudoeste I	312.047	22	22	22
		5214 Sudoeste II	174.835	0	0	0
		SUBTOTAL	486.882	22	22	22
SUDESTE	29,8	5215 Estrada de Ferro	230.586	20	20	20
		5216 Sul	217.570	13	13	13
		SUBTOTAL	448.156	33	33	33

Total	440,9	Total	6.6134.62	373	372	372
-------	-------	-------	-----------	-----	-----	-----

Fonte: CNES 2007.

Densitometria Óssea

Há uma carência da oferta do serviço de Densitometria Óssea em todo o Estado, pelo Sistema Único de Saúde. Conforme a Portaria 1101 existe indicação de instalação de novos serviços em todas as regiões.

Em todo o Estado há um déficit de 19 aparelhos, conforme parâmetro de 1/140.000 habitantes, alertando que apenas nove estão à disposição do SUS.

Quadro 30 – Serviços de Densitometria Óssea por Macro-Região, segundo parâmetros da Portaria GM 1101/02 e serviços instalados.

MACRORREGIÃO	População/hab.	Parâmetros Portaria 1101(1/140.000)	Equipamento para Densitometria		
			Existente	Em Uso	SUS
CENTRO OESTE	3.700.051	26,4	18	18	5
NORDESTE	1.028.038	7,3	2	2	1
CENTRO NORTE	950.335	6,7	2	2	1
SUDOESTE	486.882	3,4	5	5	1
SUDESTE	448.156	3,2	1	1	1
Total	6.6134.62	47	28	28	9

Fonte: CNES 2007.

Mamografia

De todos os serviços de média complexidade analisados, o de mamografia é o único que apresenta uma adequada distribuição em todo o Estado de Goiás. Os serviços instalados cobrem todo o Estado e estão além do preconizado pela Portaria 1.101/02 que é de 1/240.000 habitantes, com um excesso de 55 equipamentos. Do total de serviços existentes, menos de 50% estão disponíveis para o SUS, mesmo assim atende os parâmetros do Ministério da Saúde, não havendo necessidade de ampliar a oferta.

Quadro 31 – Serviços de Mamografia por Macro-Região, segundo parâmetros da Portaria GM 1101/02 e serviços instalados.

MACRORREGIÃO	Parâmetros Portaria 1101	Microrregião de Saúde GO	População	Mamógrafo Simples			Mamógrafo c/ Est	
				Existente	Em Uso	SUS	Existente	Em Us
CENTRO OESTE	15,41	Central	2.594.834	40	40	14	7	
		Centro Sul	699.399	7	6	2	0	
		Rio Vermelho	191.786	0	0	0	0	
		Oeste I	114.890	2	2	2	0	
		Oeste II	99.142	0	0	0	0	

		SUBTOTAL	3.700.051	49	48	18	7	7
NORDESTE	4,28	Entorno Norte	285.670	3	3	1	1	
		Entorno Sul	683.203	7	7	5	0	
		Nordeste	59.165	0	0	0	1	
		SUBTOTAL	1.028.038	10	10	6	2	2
CENTRO NORTE	3,95	Norte	142.093	1	1	1	1	
		Serra da Mesa	109.113	1	1	1	1	
		Pirineus	442.875	8	7	6	0	
		São Patrício	256.254	2	2	1	0	
		SUBTOTAL	950.335	12	11	9	2	2
SUDOESTE	2,02	Sudoeste I	312.047	4	3	3	3	
		Sudoeste II	174.835	5	5	0	1	
		SUBTOTAL	486.882	9	8	3	4	4
SUDESTE	1,86	Estrada de Ferro	230.586	0	0	0	2	
		Sul	217.570	3	3	1	0	
		SUBTOTAL	448.156	3	3	1	2	2
		Total		83	80	37	17	

Fonte: CNES/2007.

Deve-se atentar para a concentração de serviços da média e alta complexidade na macro-região Centro-Oeste e a carência nas outras regiões. Não há, de acordo com os dados apresentados, a necessidade de novos serviços para a macro-região Centro-Oeste, deve-se, contudo avaliar a possibilidade de instalação para as outras regiões.

1.6.2 - PRODUÇÃO AMBULATORIAL

Os dados da produção ambulatorial foram extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS - e correspondem ao número dos procedimentos realizados no Estado, no período de 2000 e 2007. Destaca-se o incremento proporcional das terapias especializadas (2.061,09%), da radiologia intervencionista (933,33%), de medicamentos (336,34%), da ressonância magnética (261,86%) e diagnose (261,66%) entre outros. Já os procedimentos básicos em vigilância sanitária e anestesia registraram variação negativa, -13,99% e -29,26% respectivamente.

Quadro 32 - Número de procedimentos ambulatoriais no SUS, por grupo, Goiás, 2000 e 2007.

GRUPO APÓS 10/99	2000	2007	Varição Percentual 2007/2000
Procedimentos de Atenção Básica	31.384.840	44.235.308	40,94
..01-Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível Médio	18.982.013	26.353.092	38,83
..02-Ações Médicas Básicas	5.877.384	8.696.175	47,96

GRUPO APÓS 10/99	2000	2007	Varição Percentual 2007/2000
..03-Ações Básicas em Odontologia	5.348.836	5.901.444	10,33
..04-Ações Executadas P/Outros Prof.Nível Superior	1.055.078	3.180.072	201,41
..05-Procedimentos Básicos em Vigilância Sanitária	121.529	104.525	-13,99
Procedimentos Especializados	10.007.814	19.128.398	91,13
..07Proced.Espec.Profis.Médicos,Out.NívelSup./Méd	3.053.922	6.435.544	110,73
..08-Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	229.898	274.418	19,37
..09-Procedimentos Traumatolo-Ortopédicos	153.892	195.752	27,20
..10-Ações Especializadas em Odontologia	106.336	252.080	137,06
..11-Patologia Clínica	5.029.184	8.653.502	72,07
..12-Anatomopatologia e Citopatologia	232.705	445.129	91,28
..13-Radiodiagnóstico	674.183	961.047	42,55
..14-Exames Ultra-Sonográficos	89.591	214.335	139,24
..17-Diagnose	196.335	710.071	261,66
..18-Fisioterapia (Por Sessão)	193.776	674.055	247,85
..19-Terapias Especializadas (Por Terapia)	10.645	230.048	2.061,09
..20-Instalação de Cateter	-	40	--
..21-Próteses e Órteses	33.816	79.879	136,22
..22-Anestesia	3.531	2.498	-29,26
Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade	2.245.143	6.509.872	189,95
..26-Hemodinâmica	1.859	2.866	54,17
..27-Terapia Renal Substitutiva	116.020	292.207	151,86
..28-Radioterapia (Por Especificação)	151.505	189.294	24,94
..29-Quimioterapia - Custo Mensal	19.461	41.111	111,25
..30-Busca de Órgãos para transplante	-	20.824	--
..31-Ressonância Magnética	1.117	4.042	261,86
..32-Medicina Nuclear - In Vivo	3.279	5.632	71,76
..33-Radiologia Intervencionista	3	31	933,33
..35-Tomografia Computadorizada	22.567	41.234	82,72
..36-Medicamentos	1.094.361	4.775.119	336,34
..37-Hemoterapia	834.971	846.054	1,33
..38-Acompanhamento de Pacientes	-	273.409	--
..39-Atenção à Saúde	-	18.049	--
Total	43.637.797	69.873.578	60,12

1.7 – ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

1.7.1 - Capacidade Instalada

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/CNES, referência novembro/2007 existem no Estado 458 estabelecimentos de saúde, sendo que 356 são hospitais gerais (público, filantrópico e privado) e 102 são especializados. Existem 18.947 leitos hospitalares cadastrados, sendo que desses, 13.754 são destinados ao SUS. A maioria desses hospitais (70%) está localizada em municípios com menos de 30 mil habitantes.

Na Assistência Hospitalar, o Estado de Goiás, através das nove Unidades Hospitalares que estão sob sua gestão, atua no sistema como referência secundária e terciária de média e alta complexidade, em Urgências e Emergências, sendo elas:

- Hospital de Dermatologia Sanitária (HDS),
- Hospital de Doenças Tropicais (HDT),
- Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime (HEELJ),
- Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO),
- Hospital de Urgência de Aparecida de Goiânia (HUAPA),
- Hospital Geral de Goiânia (HGG),
- Hospital Materno Infantil (HMI),
- Maternidade Dona Íris (MDI),
- Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL).

Com relação à oferta de leitos, verifica-se alta predominância nas regiões: Central, São Patrício e Centro Sul. Há uma considerável concentração dos leitos na esfera privada e nas regiões mais desenvolvidas do estado, o que não difere do restante do país.

Em Goiás existe uma significativa pulverização de leitos em hospitais de pequeno porte, desses, 10% localizados em estabelecimentos com menos de 30 leitos, que se limitam à oferta de especialidades básicas.

O número de leitos cadastrados pelo SUS atende ao parâmetro preconizado na portaria 1101/2002, sendo este de 2,4/1000 habitantes, no entanto, está acima do pactuado no PDR/GO, que é de 2 leitos/1000 habitantes

Quadro 33 – Leitos, por tipo e especialidade, nas macrorregiões, Goiás, 2007.

Leito/Tipo+Especialidade	CENTRO OESTE		NORDESTE		CENTRO NORTE		SUDOESTE		SUDESTE		Total	
	Exist	SUS	Exist	SUS	Exist	SUS	Exist	SUS	Exist	SUS	Exist	SUS
CIRÚRGICO	2.908	1.840	171	131	827	586	272	162	328	229	4.506	2.948
..Buco maxilo facial	36	24	0	0	4	3	0	0	3	3	43	30
..Cardiologia	179	122	2	2	25	8	2	0	1	1	209	133
..Cirurgia geral	1.100	815	122	102	445	321	199	142	202	148	2.068	1.528
..Endocrinologia	9	2	0	0	0	0	6	0	3	3	18	5
..Gastroenterologia	60	30	0	0	23	16	4	0	11	8	98	54
..Ginecologia	290	183	38	22	121	91	29	12	51	32	529	340
..Nefrologia/urologia	145	76	0	0	19	17	4	0	14	10	182	103
..Neurocirurgia	158	115	0	0	22	17	0	0	3	3	183	135
..Oftalmologia	100	50	3	2	15	6	5	0	3	1	126	59
..Oncologia	141	76	0	0	7	6	0	0	1	1	149	83
..Ortopedia/traumatologia	440	257	3	3	121	93	16	8	20	8	600	369
..Otorrinolaringologia	66	31	0	0	16	2	5	0	6	5	93	38

..Plástica	116	25	3	0	7	4	2	0	9	5	137	34
..Torácica	68	34	0	0	2	2	0	0	1	1	71	37
CLÍNICOS	2.805	2.129	361	297	1.236	945	620	410	657	508	5.679	4.289
..AIDS	5	2	4	2	3	0	0	0	0	0	12	4
..Cardiologia	280	122	10	2	124	8	6	0	23	1	443	133
..Clínica geral	1.960	1.572	347	293	1.013	778	460	333	531	403	4.311	3.379
..Dermatologia	66	60	0	0	0	0	0	0	6	5	72	65
..Geriatría	25	22	0	0	2	2	104	34	12	10	143	68
..Hansenologia	2	1	0	0	32	32	0	0	1	1	35	34
..Hematologia	35	25	0	0	2	2	0	0	4	4	41	31
..Nefro/urologia	105	60	0	0	18	14	0	0	19	16	142	90
..Neonatologia	47	22	0	0	9	9	46	36	33	30	135	97
..Neurologia	123	82	0	0	21	14	0	0	8	5	152	101
..Oncologia	70	76	0	0	2	6	0	0	3	1	75	83
..Pneumologia	87	61	0	0	10	9	4	3	17	12	118	85
COMPLEMENTARES	621	437	3	3	133	100	24	16	74	42	855	598
..UTI adulto	172	105	0	0	24	21	16	9	27	13	239	148
..UTI infantil	50	38	0	0	4	3	1	0	0	0	55	41
..UTI neonatal	40	25	0	0	0	0	0	0	0	0	40	25
..Unidade intermediária	7	7	0	0	0	0	4	4	2	1	13	12
..Unidade interm. Neon.	28	27	1	1	15	14	0	0	22	19	66	61
..Unidade isolamento	73	49	2	2	21	19	3	3	11	9	110	82
..UTI adulto I	6	0	0	0	5	0	0	0	11	0	22	0
..UTI adulto II	132	104	0	0	32	22	0	0	0	0	164	126
..UTI infantil I	8	0	0	0	4	0	0	0	0	0	12	0
..UTI infantil II	51	48	0	0	22	15	0	0	1	0	74	63
..UTI neonatal II	48	32	0	0	6	6	0	0	0	0	54	38
..UTI de Queimados	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2
OBSTÉTRICO	1.235	888	229	170	563	457	283	208	277	210	2.587	1.933
..Obstetrícia Cirúrgica	864	606	112	80	335	273	162	121	138	103	1.611	1.183
..Obstetrícia Clínica	371	282	117	90	228	184	121	87	139	107	976	750
PEDIÁTRICO	1.368	1.070	225	178	599	489	242	187	224	183	2.658	2.107
..Pediatria Cirúrgica	1.326	1.036	221	174	597	489	239	184	219	179	2.602	2.062
..Pediatria Clínica	42	34	4	4	2	0	3	3	5	4	56	45
OUTRAS ESPEC.	1.816	1.260	12	11	359	334	167	129	15	14	2.369	1.748
..Crônicos	339	289	4	4	16	12	10	9	1	1	370	315
..Psiquiatria	1.415	922	4	3	342	321	155	118	11	10	1.927	1.374
..Reabilitação	61	48	1	1	1	1	2	2	3	3	68	55
..Tisiologia	1	1	3	3	0	0	0	0	0	0	4	4
HOSPITAL/DIA	229	169	0	0	28	28	0	0	2	1	259	198
..Cirúrgicos	39	19	0	0	0	0	0	0	2	1	41	20
..Saúde Mental	190	150	0	0	28	28	0	0	0	0	218	178
Total	10.982	7.793	1.001	790	3.745	2.939	1.608	1.112	1.577	1.187	18.913	13.821

Fonte: CNES/novembro - 2007

Ao analisar os dados apresentados verifica-se que não há necessidade de novos leitos, porém devem-se tornar viáveis as unidades hospitalares existentes, visto que a maioria encontra-se em municípios de pequeno porte e, devido às grandes distâncias existentes no Estado e à má conservação da malha rodoviária, estes se tornam as únicas opções para a atenção da média complexidade nas regiões onde se encontram.

1.7.2 – PRODUÇÃO HOSPITALAR

Quadro 34 - Número de internações, valor total, valor médio, média de permanência, número de óbitos e taxa de mortalidade por especialidade (por local de internação), 2007

Especialidade	Nº. de Internações	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$	Média de Permanência (dias)	Nº de Óbitos	Mortal Hospit (%)
Clínica cirúrgica	78.725	21,5	89.206.627,85	41,5	1.133,14	3,6	1.892	
Obstetrícia	49.849	13,6	20.849.975,98	9,7	418,26	2,1	15	
Clínica médica	188.738	51,5	63.966.571,58	29,7	338,92	3,7	5.241	
Cuidados prolongados (Crônicos)	94	0,03	5.230.706,62	2,4	1.855,52	904,2	8	
Psiquiatria	11.961	3,3	15.547.967,47	7,2	744,85	37,5	11	
Tisiologia	155	0,0	120.984,85	0,1	780,55	12,7	20	
Pediatria	35.716	9,7	18.834.453,30	8,8	527,34	4,3	548	
Reabilitação	570	0,2	674.345,75	0,3	1.183,06	28,0	2	
Psiquiatria - hospital dia	1.016	0,3	634.504,67	0,3	624,51	24,9	-	
Total	366.824	100,0	215.066.138,07	100,0	568,26	5,0	7.737	

Fonte: SIH/SUS

Ao analisar os dados de internação hospitalar constata-se que foram realizadas 366.824 internações em 2007, sendo 51,5% de clínica médica, 21,5% de clínica cirúrgica e 13,6% de obstetrícia. Excluindo os cuidados prolongados, a psiquiatria (37,5%) e a reabilitação (28%) obtiveram a maior permanência de internação. Os serviços de tisiologia e cuidados prolongados apresentaram as maiores taxas de mortalidade hospitalar, 12,9% e 8,51%, respectivamente.

1.8 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A qualificação da assistência de urgência e emergência no Estado de Goiás não difere do restante do país, tem como desafios a melhoria da resolubilidade tais como: o acolhimento adequado acompanhado da triagem classificatória de risco, a humanização do atendimento, capacitação de profissionais para o atendimento em urgência e a conseqüente satisfação da população.

O Estado possui prontos socorros com áreas físicas inadequadas, insuficiência de equipamentos e insumos, falta de recursos diagnósticos e terapêuticos em determinadas regiões de saúde e insuficiência de profissionais habilitados para o atendimento de urgência, o que determina uma baixa resolubilidade dessas unidades em algumas regiões do estado. Existe ainda, falta de

estruturação, pactuação e regulação efetiva das interações para garantir acesso do usuário aos serviços de maior complexidade em urgências nos municípios de pequeno e médio porte.

Para uma melhor resolubilidade do atendimento às urgências e emergências, justificado pelas exigências atuais do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS 2048), a SES/GO iniciou em 2003, a reformulação das ações estratégicas com a implantação do Plano Diretor de Atenção às Urgências. Desta forma há uma continuidade no planejamento global e setorial que direciona as ações da Secretaria e viabiliza as condições técnicas, administrativas, operacionais e organizacionais para o cumprimento integral de sua missão institucional.

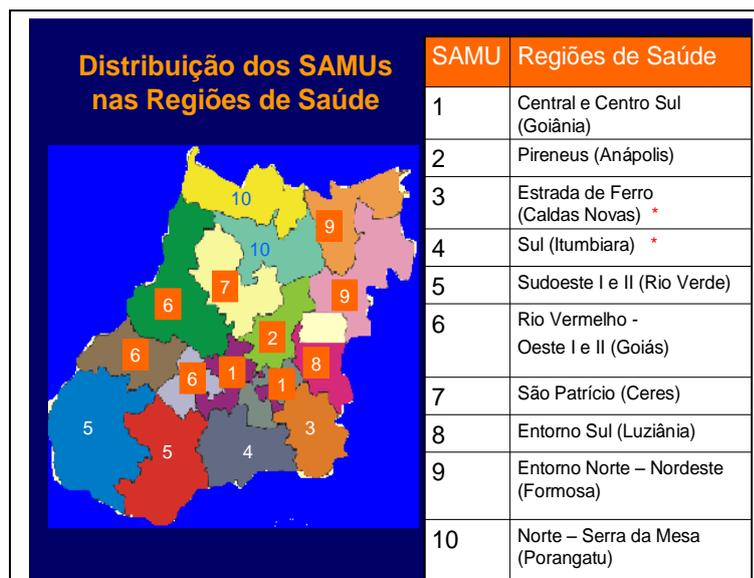
Essas ações estratégicas prevêm a conclusão da implantação de 10 Centrais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e uma Coordenação Estadual de Urgência, compondo dessa forma o Sistema Estadual de Urgências.

O Sistema Estadual de Atenção às Urgências foi estruturado com lógica regional e congrega um conjunto de Centrais Regionais de Urgência – SAMU 192, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS.

De acordo com a Portaria GM/MS 2048 é necessária também a criação, organização e implantação do Núcleo de Educação em Urgências - NEU - e do Núcleo de Educação Permanente - NEP- para a formação, capacitação, habilitação e educação continuada dos recursos humanos para o atendimento nas urgências. A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, segue estas diretrizes.

O Serviço móvel de Urgência - SAMU tem como sua responsabilidade o atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar, garantindo uma maior eficácia, rapidez e resolubilidade aos atendimentos de urgência e emergência. Esses serviços estão distribuídos conforme gráfico abaixo:

Figura 2 – Distribuição dos SAMU nas regiões de Saúde, Goiás, 2008.



- A implantar

1.8.1 - REGULAÇÃO

Segundo Portaria GM/MS 356-20/07/2000, “Compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.”

Como mecanismos de controle, destacamos:

- O cartão SUS, que em Goiás já conta com 70% dos usuários cadastrados.
- A contratualização: no ano de 2006 foi assinado o Termo de Compromisso com toda a rede pública e o Contrato de Metas com as unidades filantrópicas sob gestão estadual. Está previsto para o ano de 2008 a contratação da rede privada.

O Estado, através da Secretaria da Saúde, vem otimizando a implantação e ampliação da regulação dos serviços de saúde, buscando melhorar o uso da capacidade instalada do SUS em Goiás. Com isso pretende regular de forma mais adequada a oferta e a demanda desses serviços, favorecendo a transparência no processo de distribuição de recursos e o fluxo de pacientes.

Como forma de agilizar a implantação e implementação dos conceitos aqui definidos, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás elaborou e encaminhou ao Ministério da Saúde, Projeto de Implantação de 16 (dezesesseis) Complexos Reguladores Regionais. (figuras 3a e 3b)

O Ministério da Saúde financiou estrutura física e tecnológica para os Complexos Reguladores Regionais, bem como, a estruturação da Coordenação Estadual de Regulação, através de um projeto elaborado pela SES/GO.

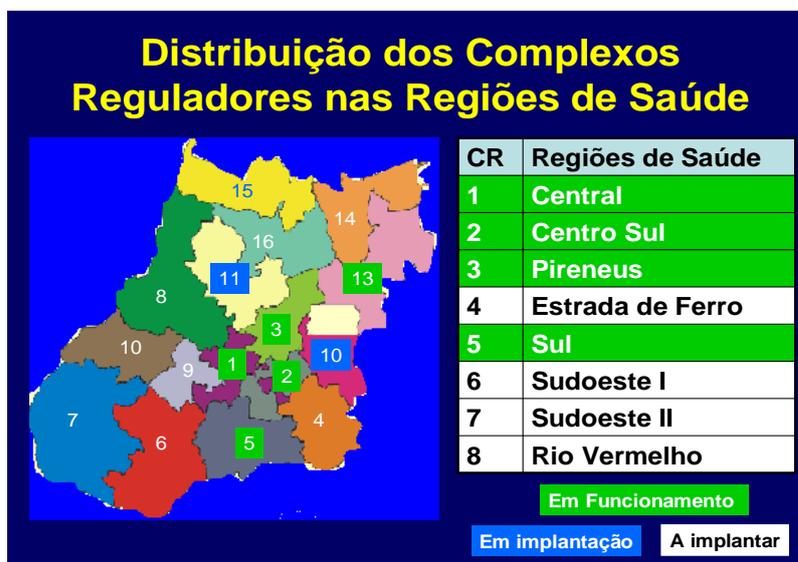
O projeto sistematiza as ações que serão desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás no sentido de organizar e implantar uma Rede de Complexos Reguladores Regionais da Assistência, dedicada à melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

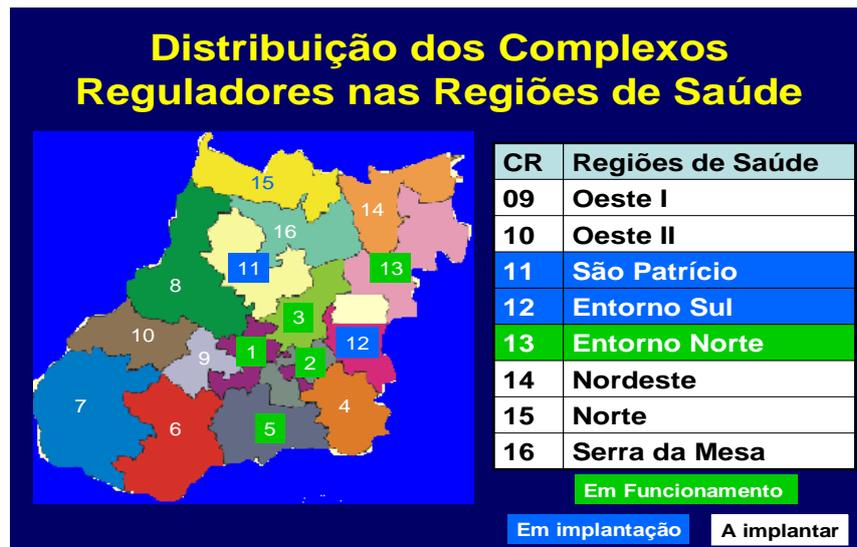
O Ministério disponibilizou também um aplicativo, SISREG III, que está implantado nos 07 Complexos reguladores do Estado, exceto Goiânia que trabalha com um software próprio e Anápolis que utiliza o SISREG II para regulação da internação, situação esta que deverá ser alterada em breve com a implantação do módulo internação do SISREG III.

Os Complexos Reguladores devem estar obrigatoriamente interligados entre si, compondo, dessa forma, o Sistema Estadual de Regulação que ordenará o fluxo de assistência, garantindo a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação do usuário do SUS.

Os Complexos Reguladores estão assim distribuídos:

Figuras 3a e 3b





1.9 - CENTRAL DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Criada em março de 1998, a Central de Notificação, Distribuição e Captação de Órgãos (CNDCO) destaca-se por cumprir a meta de manter a transparência e observância à ética e a legislação de transplantes no Brasil. Trabalhando com recursos humanos altamente qualificados para aumentar a doação e captação de órgãos e fomentar as atividades de transplantes clínicos no Estado. Em seus primeiros quatro anos, a Central de Transplantes realizou uma série de ações que resultaram no crescimento do número de transplantes.

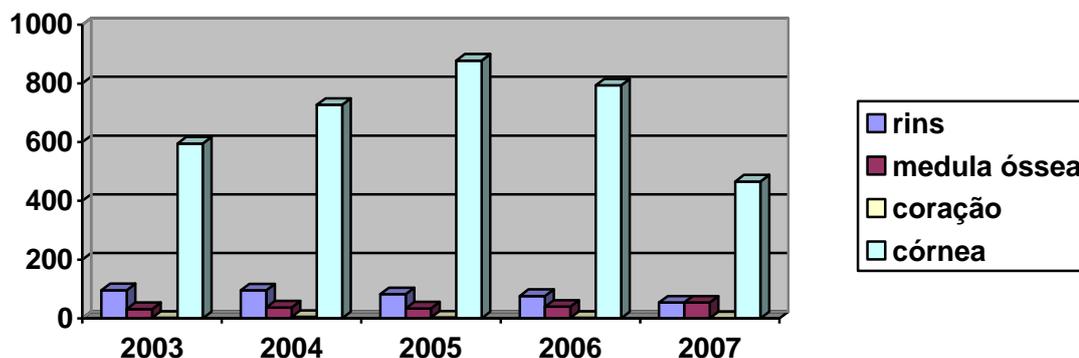
Dentre essas ações destacam-se a criação de Comissões Intra-hospitalares de Transplantes, a formação de uma lista única de espera, a criação de rotina de notificação de potenciais doadores por hospitais, o credenciamento junto ao Ministério da Saúde de 11 centros de transplantes, 16 equipes e 110 médicos, a instalação do serviço de auditoria de transplantes e a criação do serviço de agendamento de exames para receptores de órgãos no Hospital Geral de Goiânia (HGG). A partir de 2002, a unidade passou a exercer efetivamente a função de reguladora da atividade de transplantes em Goiás, implementando cursos de formação, tanto para médicos quanto para coordenadores intra-hospitalares.

Nesse período intensificaram-se as campanhas para estimular a doação de órgãos em Goiás, incrementando a captação em todo o Estado. O resultado foi um aumento anual em todos os transplantes, de cerca de 20%, além do reconhecimento nacional da CNDCO como um exemplo em organização e captação nessa área. A partir de então também foram estruturados setores de captação de órgãos no Estado, com a formação de Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes e de equipes de Organização de Procura de Órgãos, além de credenciados o Centro

Transportador de Fígado no Estado de Goiás – na Santa Casa de Misericórdia – e dois serviços de transplante renal, no HGG e no Hospital Santa Geneveva.

Em 2003, a Central de Transplantes realizou 725 transplantes (595 de córnea, 96 de rins, 32 de medula óssea e 2 de coração). Esse número subiu para 894 em 2004 (727 de córnea, 95 de rins, 37 de medula óssea e 5 de coração) e 996 em 2005 (877 de córnea, 82 de rins, 34 de medula óssea e 3 de coração). No ano de 2006 foram realizados 911 transplantes (793 de córnea, 76 de rins, 40 de medula óssea e 2 de coração) e em 2007 houve um decréscimo significativo neste quantitativo, 574 transplantes (466 de córnea, 54 de rins, 54 de medula óssea).

Gráfico 29 - Transplantes realizados em Goiás 2003 a 2007



Fonte: CNDCO/GO

1.10 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Após a reestruturação organizacional da Secretaria Estadual de Saúde – Go entre 2001 a 2002 a Assistência Farmacêutica do Estado que se tornou uma seção da Gerencia de Apoio Estratégico/Superintendência de Políticas de Atenção Integral Saúde, recebeu novas atribuições, dentre elas: elaborar, implantar, coordenar e acompanhar o desenvolvimento da Política Estadual de Assistência Farmacêutica.

Em 2003 foi instituída comissão para elaborar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica, uma cooperação técnica entre Secretaria Estadual de Saúde – GO (SES-GO) e Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Na época as ações de

Assistência Farmacêutica na SES-GO eram e ainda são desenvolvidas em diferentes superintendências e vários problemas foram detectados.

Após a publicação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica em 2006, com o objetivo de explicitar as linhas estratégicas para reorientação e organização da Assistência Farmacêutica no estado de Goiás, de forma integrada, algumas ações foram alcançadas tais como: a publicação da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) em 2006, aumento da contrapartida do estado no programa de Incentivo de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB), pactuação de verba para adequação da infraestrutura, capacitação de RH e atividades para promoção do Uso Racional de Medicamentos. Porém vários problemas ainda continuam:

- Programações que não correspondem às reais necessidades dos serviços, com perdas ou interrupções no fornecimento de medicamentos essenciais;
- Processo de aquisição de medicamentos moroso e ineficiente;
- Sistema de distribuição inadequado;
- Controle de estoque não confiáveis e obsoletos;
- Armazenamento de medicamentos em condições inadequadas e inseguras;
- Comprometimento do acesso a medicamentos em todos os níveis de complexidade;
- Desconhecimento dos princípios norteadores do Uso Racional Medicamentos nos serviços de saúde;
- Deficiência de recursos humanos em termos de quantidade e em capacitação para o desenvolvimento das suas funções;
- Grande volume de atividades atribuídas à Gerência de Assistência Farmacêutica, inviabilizando a realização de planejamento e articulação.
- Inexistência de um sistema de informação na área de Assistência Farmacêutica;
- Dificuldade de avaliação das ações e de quantificação dos gastos em Assistência Farmacêutica devido a fragmentações das ações.
- Demanda crescente por medicamentos através do SUS e não atendidas satisfatoriamente;
- Gastos elevados com medicamentos agravado pelo crescimento das ações judiciais;
- Sobreposição de elencos;
- Constantes solicitações de inclusão de medicamentos na listas dos hospitais, implicando o desconhecimento dos princípios norteadores do Uso Racional

Medicamentos nos serviços de saúde, bem como conceito de medicamentos essenciais;

- Indefinição política de fomento ao desenvolvimento tecnológico e produção de medicamentos no Estado;

No aspecto financeiro, entre 1999 e 2006, a SES aumentou significativamente os recursos destinados à Assistência Farmacêutica Básica. Pela portaria Nº176/99GM a responsabilidade do Estado seria o repasse de R\$ 0,50 *per capita/ano* para compra de medicamentos. Por iniciativa do governo estadual foi reajustado para R\$ 1,00 *per capita/ano*, isso significou aumento de 100% no valor investido na área.

Em 2007, com a aprovação da Política de Assistência Farmacêutica, a área responsável pela mesma foi transferida para a Superintendência Executiva com a proposta de ser melhor estruturada, objetivando ter mais autonomia para implementar as ações advindas desta política no Estado e que neste sentido, pactuou o valor anual de R\$ 16.058.800,00, correspondendo a um aumento de 202%.

Para 2008, foi pactuado o valor de R\$ 3,00 por hab / ano para Atenção básica, sendo R\$2,00 em medicamentos e R\$1,00 em insumos para diabetes.

Conforme quadro abaixo, destacamos principais programas e valores gastos com medicamentos em Goiás -2005/2006:

Quadro 35 - Principais programas e valores gastos com medicamentos em Goiás – 2005- 2006

Programas	Ano	
	2005	2006
Farmácia Básica	R\$ 5.310.568,80	*R\$9.612.254,29
Medicamentos Estratégicos /Infecções Oportunista - IO***	R\$ 3.189.038,40	R\$ 2.902.670,88
Saúde Mental***	R\$ 812.252,88	R\$ 812.252,88
Medicamentos de Dispensação Excepcional	R\$ 67.968.922,00	R\$ 65.740.283,00
Mandados Judiciais/outros **	R\$ 6.430.311,72	R\$ 7.191.437,61

* valor anual + resíduos de anos anteriores

** não é programa, mas foi colocado devido a sua importância.

*** valores orçados

1.11 – HEMOCENTRO

O Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde – SES tem uma hemorrede pública, com unidades funcionando, formada por um Hemocentro Coordenador – HEMOG (Goiânia), quatro Hemocentros Regionais (Catalão, Ceres, Jataí e Rio Verde), cinco Unidades de Coleta e Transfusão – UCT (Formosa, Goiânia, Iporá, Porangatu e Quirinópolis), uma unidade de coleta móvel e 14 agências transfusionais estrategicamente distribuídos em municípios do Estado. Existem ainda algumas unidades construídas e que ainda não estão em funcionamento: duas UCTs (Luziânia e Aragarças), quatro Agências Transfusionais (São Luis de Montes Belos, Trindade, Cidade de Goiás e HDT-Goiânia).

O HEMOG figura como unidade de referência em hemoterapia e hematologia para a rede SUS, entretanto prescinde de ações da SES que possibilitem o melhor desenvolvimento de suas atividades de forma a assumir o seu papel de referência e coordenador da hemoterapia no Estado, uma vez que é uma unidade com total dependência da SES para a captação e utilização dos recursos necessários ao seu pleno funcionamento.

A cobertura hemoterápica atual dos leitos SUS pela Hemorrede pública é da ordem de 40%. Entretanto, esse percentual pode estar superestimado uma vez que nem todos os municípios de uma determinada região de assistência estão pactuados com aquele que deve ser o fornecedor de hemocomponentes da área de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Sangue, comprometendo assim a assistência e conseqüentemente a cobertura.

Verificam-se, ainda, dificuldades na manutenção e ampliação do atendimento hemoterápico aos leitos SUS pela Hemorrede pública, causados principalmente por ausência de vontade política, falta de apoio da SES ao HEMOG que leva a inoperância na execução e cumprimento das diretrizes do Plano Diretor de Regionalização do Sangue, deficiências na regulação dos procedimentos e orçamentação dos serviços, morosidade na correção das inadequações de estruturas físicas, constante falta de materiais e insumos, além de deficiências graves quanto à manutenção de equipamentos. Apesar do apoio do Ministério da Saúde, através do financiamento de diversos projetos, essa situação dificulta sobremaneira o investimento na captação de recursos humanos, aquisição de materiais, implementação do programa da qualidade, coordenação eficiente da hemorrede e incorporação de novas tecnologias.

Importante também é destacar as atividades em hematologia, que, apesar das melhorias dos últimos três anos, precisam ser ampliadas uma vez que hoje estão concentradas apenas em hemofilia e devem ser estendidas a outras coagulopatias e hemoglobinopatias com responsabilidade e qualidade merecidas pelos usuários.

Em que pese às dificuldades apontadas, o HEMOG vem apresentando bons resultados em suas atividades de hemoterapia e hematologia, conforme demonstramos com alguns exemplos do Hemocentro Coordenador no quadro abaixo:

Parâmetro	Ano 2005	Ano 2006	Ano 2007
Coletas	24.682	26.867	27.942
Doações espontâneas	64,8%	70,4%	79,4%
Doações de reposição	35,2%	29,6%	20,5%
Doador de 1ª vez	58,2%	55,7%	52,8%
Doador de repetição	41,8%	44,3%	47,2%
Testes sorológicos	176.533	189.336	194.640
Testes imunohematológicos de doadores	78.987	69.599	62.185
Hemocomponentes produzidos	54.761	64.556	55.464
Atendimento Social	9.996	7.685	9.926
Atendimento médico	5.956	6.630	5.614
Atendimento ambulatorial (procedimentos)	3.209	3.750	3.216
FATURAMENTO APRESENTADO (R\$)	4.159.646,50	4.392.520,67	4.261.513,86

O HEMOG busca aprimorar ações do controle de qualidade, através da padronização de procedimentos em toda a hemorrede, tentando ainda implantar o Programa da Qualidade inicialmente no Hemocentro Coordenador com a perspectiva de Certificação ISO 9001, para posteriormente estender a toda a Hemorrede Pública. Entretanto, diversos problemas impedem os avanços necessários:

- A Política de Sangue e Hemoderivados do Estado não é Lei Estadual;
- Deficiência de apoio da SES ao HEMOG para o desenvolvimento das ações de coordenação da hemoterapia no Estado;
- O HEMOG não tem autonomia para a gestão de recursos financeiros que possam atender às necessidades das demandas na Hemorrede Pública;
- Ausência de cumprimento das diretrizes do Plano Diretor de Regionalização do Sangue;
- Processos de aquisição de materiais e contratação de serviços morosos e ineficientes;
- Coordenação ineficiente da Hemorrede;
- Deficiências e incorreções na orçamentação dos serviços hemoterápicos;
- Ausência de informatização na grande maioria das unidades da rede, em especial por não atendimento das solicitações pelo DATASUS;
- Deficiência de recursos humanos;
- Dificuldades para implantação completa do Programa da Qualidade;
- Morosidade nas correções dos problemas de estrutura física das unidades da Hemorrede Pública;

- Deficiências na atenção aos pacientes hemofílicos e demais pacientes hematológicos referenciados.

Assim, nosso anseio maior é proporcionar à comunidade qualidade e segurança em nossos produtos e serviços, através do respeito à legislação e cumprimento de nossa missão, visando o atendimento integral às demandas hemoterápicas e hematológicas do SUS em Goiás.

1.12 – GRUPOS POPULACIONAIS ESPECIFICOS

1.12.1 – CICLOS DE VIDA

SAÚDE DA CRIANÇA

Reduzir a mortalidade de crianças é uma das principais metas das políticas para a infância em todos os países. A atenção se concentra principalmente no primeiro ano de vida, faixa em que ocorre a maior parte dos óbitos. Usadas como indicadores básicos de desenvolvimento humano, a taxa de mortalidade infantil, número de crianças que morrem antes de completar um ano de vida para cada mil nascidos vivos, e a taxa de mortalidade de menores de cinco anos, também chamada de taxa de mortalidade na infância, revelam muito sobre as condições de vida (sociais, econômicas, culturais e de saúde) e a assistência de saúde em um país.

Em toda a década de 1990, os acidentes e a violência, classificados internacionalmente como causas externas, destacaram-se como a principal causa de óbitos de crianças até nove anos de idade. Em 2006 foram responsáveis por 48,3% em crianças de cinco a nove anos e 30% em crianças de um a quatro anos de idade, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde. Entre as violências que ocorrem no âmbito doméstico, destacam-se, além da violência física, a negligência, os abusos sexuais e a violência psicológica.

As doenças diarreicas e as infecções respiratórias agudas na faixa etária de 01 a 04 anos, ainda são as principais causas de consultas ambulatoriais, internações hospitalares e, em algumas regiões do país, de mortalidade na população pediátrica.

O Comitê Estadual de Prevenção a Mortalidade Infantil e Fetal vem atuando na sensibilização e apoio/assessoria à criação/implementação de Comitês Municipais de Prevenção a Mortalidade Infantil e Fetal nos municípios acima de 80.000 habitantes do estado: Em 2008, apenas o município de Goiânia possui este comitê instalado, porém outros 15 municípios estão em

processo de implantação. Com isso, as investigações dos óbitos infantis e fetais estão sendo realizadas pelos municípios de residência e concluídas pelo Comitê Estadual.

No Brasil, não existe um retrato abrangente e atualizado da desnutrição específica na primeira infância. O último levantamento divulgado a respeito do tema foi a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996. Em comparação com dois estudos semelhantes realizados nas décadas de 1970 e 1980, a PNDS confirma a tendência histórica de queda dos índices de desnutrição em crianças menores de cinco anos.

Quanto ao estado nutricional, por outro lado, há a preocupação com os percentuais de sobrepeso em crianças, tanto em nível mundial como local, pois maus hábitos alimentares em crianças e adolescentes podem levar a problemas crônicos de grande magnitude, na população adulta futura.

A principal iniciativa para reforçar os cuidados com o pré-natal, o parto e o pós-parto é o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, firmado em março de 2004. O pacto envolve o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde nas 27 unidades da federação, entidades não governamentais e o UNICEF. O objetivo é diminuir não apenas a mortalidade neonatal, mas também a mortalidade materna, problema que ainda atinge proporções inaceitáveis no País.

Outro aspecto que tem de ser considerado nos esforços para reduzir a mortalidade infantil no País é o fato de hoje a maior parte dos óbitos se concentrarem no primeiro mês de vida, o que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto.

A partir da década de 1990, observa-se a diminuição contínua da mortalidade pós-neonatal, em comparação com relativa estabilidade das taxas de mortalidade neonatal. Esse processo inverteu a composição da taxa de mortalidade infantil brasileira: os óbitos neonatais, que eram proporcionalmente menos numerosos, passaram a representar mais de 60% do total.

A alta proporção de óbitos neonatais está relacionada à evolução das causas de mortalidade de crianças no Brasil. Nas últimas décadas, à medida que diminuiu a participação de doenças infecciosas e parasitárias, doenças respiratórias e desnutrição, o principal grupo de causas de mortalidade infantil e de mortalidade de menores de cinco anos passou a ser o das afecções perinatais (problemas originados até a primeira semana de vida). Nessa categoria, estão incluídas, por exemplo, a prematuridade, a asfixia durante o parto e as infecções neonatais.

Além do pré-natal, a adoção de cuidados adequados no parto e no pós-parto pode diminuir consideravelmente o número de óbitos neonatais evitáveis no País. Isso significa preparar melhor o sistema de saúde para a assistência à mãe e ao recém-nascido. Hoje, a grande maioria das crianças brasileiras nasce em hospitais. Em 2004 (último ano disponível no sistema de

informação), os partos hospitalares representaram 99,7% do total do País. As medidas necessárias para reduzir o risco para os recém-nascidos envolvem desde a regionalização da assistência, o melhor aparelhamento dos hospitais e a capacitação dos profissionais para lidar com complicações no parto até o investimento na qualidade das informações sobre o óbito neonatal hospitalar no País.

Tendo em vista as desigualdades regionais relativas ao número de leitos de UTI, UCI e outros (quantitativo reduzido e concentrado no eixo Goiânia-Anápolis), percebe-se o grande desafio do SUS para alcançar a melhoria do acesso, atenção e integralidade à saúde da criança e, conseqüentemente, a redução da mortalidade infantil e neonatal.

A OMS estima que, a cada ano, um milhão e meio de mortes infantis no mundo poderiam ser evitadas através da prática do **aleitamento materno**. É preciso resgatar essa cultura.

Crianças em aleitamento materno exclusivo sofrem, pelo menos, dois e meio menos episódios de doenças do que as que se alimentam com substitutos do leite materno. Durante os seis primeiros meses de vida, a criança tem um risco vinte e cinco vezes maior de morrer por diarreia, se não for exclusivamente amamentada. As crianças menores de um ano não amamentadas têm um risco quase quatro vezes maior de morrer por uma infecção respiratória do que as que são amamentadas. As que estão em aleitamento materno exclusivo durante 04 meses têm em média, metade dos episódios de otite média do que aquelas aleitadas artificialmente, segundo dados do UNICEF.

Para os recém nascidos prematuros e/ou de baixo peso ao nascer, o leite materno fresco da própria mãe é a opção mais recomendada, segundo a OMS, pelos fatores protetores, por atender às necessidades fisiológicas e ser adequado ao tempo de gestação. A primeira melhor alternativa ao leite da própria mãe, é o leite humano ordenhado e pasteurizado de bancos de leite humano, sendo uma das razões da necessidade de ampliação da Rede de Bancos de Leite em Goiás, que conta apenas com 04 deles.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, título conferido a 22 unidades hospitalares em Goiás, favorece o aumento dos índices de aleitamento materno, porém, são poucos, se comparados aos mais de 200 hospitais goianos que possuem leitos de maternidade.

O número de crianças infectadas por transmissão vertical aumentou, com o crescimento da epidemia de Aids em mulheres. Conseguiu-se diminuir consideravelmente a infecção do bebê por essa via por meio de medidas de controle da **transmissão vertical do HIV**, como diagnóstico precoce da gestante HIV positivo, terapia anti-retroviral na gestante, quimioprofilaxia com AZT na parturiente e na criança exposta, além de não amamentação.

Estudos têm demonstrado que medidas de prevenção como essas podem reduzir a possibilidade de transmissão do HIV de cerca de 25% para menos de 1%.

SAÚDE DO ADOLESCENTE

Em Goiás a população projetada para 2007 foi de 5.840.653, segundo dados do Instituto Brasileiro de Estatística, (IBGE). Destes, 1.189.375, ou seja, 20,4% são adolescentes que têm entre 10 e 19 anos. Em 2003, 23% dos nascidos vivos em Goiás eram de adolescentes, (IBGE), números que se mantêm em pesquisas mais recentes do próprio IBGE. É uma relação inquietante esta de 20,4% da população gerar 23% dos filhos, principalmente quando o faz de forma precoce. Estudos indicam que existe uma relação verificável entre gravidez precoce e baixa escolaridade. Várias pesquisas no Brasil mostram essa associação. A pesquisa realizada pela Benfam (1999), com amostra representativa de todas as regiões brasileiras, por exemplo, demonstrou associação entre alta fecundidade e baixa escolaridade, com os seguintes resultados:

Quadro 36 - Associação entre alta fecundidade e baixa escolaridade na adolescência, no Brasil, 1999.

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	% GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA
Nenhuma escolaridade	54,4
1 a 3 anos	31,3
4 anos	25,1
5 a 8 anos	18,2
9 a 11 anos	6,4

Fonte: Benfan

A adolescência (10 a 19 anos, conforme classificação do Ministério da Saúde) representa um grande desafio para o setor público por ser um ciclo de vida muito vulnerável aos fatores de risco à saúde. Problemas sociais e de saúde tais como gravidez na adolescência, uso e abuso de álcool e outras drogas, contaminação pelo HIV/AIDS e outras DST's e a violência que vitima os adolescentes, causando inclusive a morte de muitos, deve-se às dificuldades que os adolescentes encontram em suas escolas, principalmente o baixo aproveitamento escolar em função das péssimas condições do ensino público no país, à grande facilidade na compra e consumo de álcool e outras drogas.

Outros fatores de vulnerabilidade são: a prática do sexo sem proteção, pouquíssima informação sobre saúde sexual, a ausência de práticas saudáveis de convivência e cuidados com o corpo, famílias com pouca capacidade de educar e proteger os seus filhos, pouco ou nenhum acesso a serviços de saúde, além da escassez de ações provenientes do poder público que garantam prevenção, tratamento e assistência.

A assistência em saúde para essa faixa etária é pouco eficiente em função da ausência de serviços. Os poucos que existem, funcionam de modo pontual e isolados. Há uma necessidade urgente de políticas de saúde mais adequadas para essa faixa etária.

A promoção da saúde e prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas, gravidez na adolescência, contaminação pelas DST/AIDS e violência, têm sido desenvolvidas através do Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” em parceria com a Secretaria Estadual de Educação e secretarias municipais de educação e saúde de 17 municípios goianos.

O Projeto tem como estratégias básicas o protagonismo juvenil com o apoio de uma coordenação local e a participação de unidades básicas de saúde, principalmente de saúde da família, para apoiar o trabalho das escolas, além de acolher os adolescentes que necessitem de atendimento.

A Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Estadual de Cidadania elaborou o Plano Operativo Estadual de Assistência Integral aos Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação Provisória, juntamente com representantes dos centros de internação e secretarias municipais de saúde dos sete municípios que possuem centros de internação: Goiânia, Anápolis, Itumbiara, Rio Verde, Jataí, Luziânia e Formosa. O POE foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente e Comissão Intergestores Bipartite.

O Plano Estadual de Assistência à Saúde dos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Perspectiva da Redução de Danos está sendo implantado através do núcleo de estudos, integrado pela Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Estadual de Educação, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Secretaria

Estadual de Justiça, Ministério Público Estadual, Secretaria de Planejamento, Comissão Técnica dos Conselheiros Municipais de Saúde, (COSEMS), dentre outros parceiros.

O Plano está desenvolvendo um piloto em cinco municípios (Goiânia, Anápolis, Luziânia, Caldas Novas e Rio Verde). As ações de saúde abrangerão os três níveis de atenção, incluindo em todas elas a estratégia de redução de danos, recomendada pelo ministério da saúde.

SAÚDE DA MULHER

De acordo com dados do IBGE em 2007 as mulheres constituem a maioria da população brasileira, sendo, 50,52% no Estado de Goiás.

Na faixa de 10 a 49 anos, encontram-se 64,53% do total da população feminina, e a taxa de fecundidade é de 2,3 filhos por mulher.

As mulheres são as principais usuárias do SUS, vivem mais que os homens, mas adoecem com mais frequência.

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna 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.

No Brasil, as principais causas de mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis (BRASIL, 2003).

Em Goiás, de 2003 a 2005, ocorreram 152 óbitos maternos obstétricos, sendo que destes, 94 foram de óbitos maternos obstétricos diretos. (dados do Comitê de Mortalidade Materna/SIM)

O Estado apoia as Regionais de Saúde e municípios com mais de 100 mil habitantes no monitoramento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN e Sisprenatal), com o objetivo de melhorar a qualidade do pré-natal.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como princípios norteadores o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, com a preocupação em melhorar a atenção obstétrica, o acesso ao planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e à violência doméstica e sexual.

O Programa de Humanização no Pré - Natal e Nascimento – PHPN/SISPRENATAL foi implantado em Goiás em abril de 2001 com assinatura dos termos de adesão pelos Gestores Municipais de Saúde com o objetivo de humanizar o atendimento à Gestante e implementar a assistência no pré-natal.

Em 2003, a SES estabeleceu parceria com o Instituto de Diagnóstico-IDP, APAE de Goiânia que resultou na implantação no Estado, o Programa de Proteção à Gestante-Teste da Mamãe, que tem como objetivo realizar uma triagem das Gestantes através de exames laboratoriais, em papel filtro, para as patologias: Citomegalovirose, HTLV 1 e 2, Toxoplasmose,

Hepatites B e C, Doença de Chagas, Rubéola, HIV e Sífilis. Esses exames visam a prevenção da transmissão vertical ao bebê e o tratamento precoce.

A violência sexual é um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher.

O Estado de Goiás implantou em 2007, um Plano de Assistência às Mulheres, Adolescentes e Crianças Vítimas de Violência Sexual com a pactuação na Comissão Intergestora Bipartite – CIB de uma Rede de Serviços de Referência Regional, sendo um Hospital/Maternidade nas 16 Regionais de Saúde, conforme Plano Diretor de Regionalização. Os profissionais destes serviços já se encontram capacitados e com insumos necessários para o atendimento à vítima e ao agressor.

O aumento da expectativa de vida e seu impacto sobre a saúde da população feminina tornam imperiosa a necessidade da adoção de medidas visando à obtenção de melhor qualidade de vida durante e após o climatério. Sendo o climatério a fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da mulher, estendendo-se até os 65 anos de vida.

A prevenção do câncer ginecológico, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requerem a implantação de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina; investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação.

O Estado de Goiás está realizando um diagnóstico visando avaliar a capacidade instalada e pactuar a ampliação da rede de serviços para a realização dos exames citopatológicos, cirurgia de alta frequência e mamografia. Em 2007, a SES realizou o levantamento da rede existente e necessária, deverá ser apresentada na CIB para, posteriormente, encaminhar ao MS para possíveis parcerias visando a ampliação destes serviços com referências regionais e profissionais capacitados.

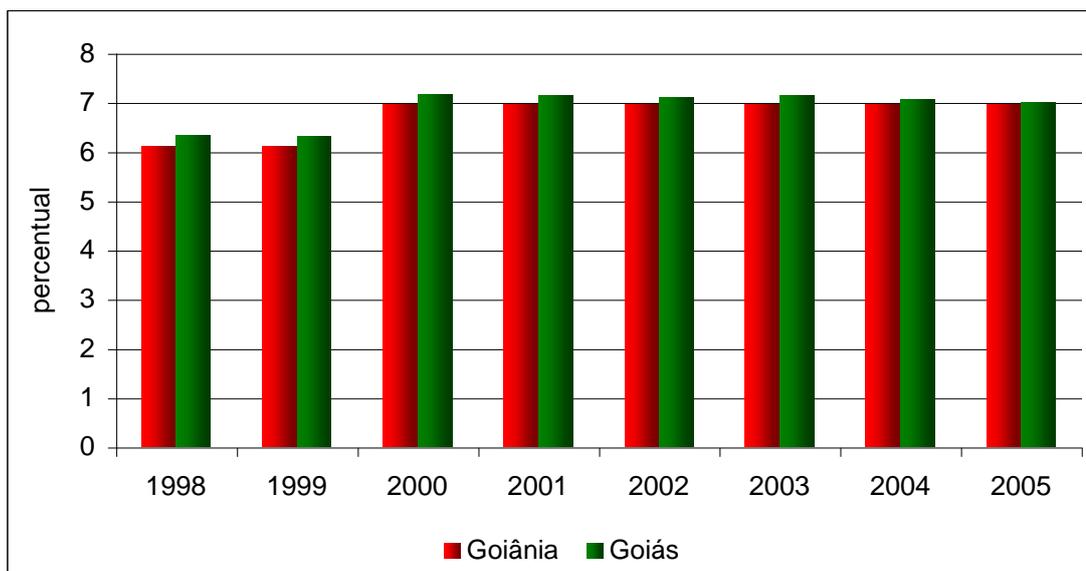
A ausência da variável cor na maioria dos sistemas de informação da área da saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde das mulheres negras no Brasil. No entanto, os dados socioeconômicos referentes à população negra por si só já são indicadores de seu estado de saúde. A grande maioria de mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro. Por essas razões, elas possuem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, resultando que as mulheres negras têm maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas. Necessitando incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS.

SAÚDE DO IDOSO

O envelhecimento populacional é um triunfo da humanidade e também um grande desafio neste século. No Brasil a população acima de 60 anos de idade somou 19 milhões de pessoas em 2006, ou 10,2% da população total, segundo a Síntese de Indicadores Sociais 2007/IBGE; em 1996, o percentual era de 8,6%, o que demonstra um crescimento populacional nesta faixa etária.

Em Goiás, bem como em sua capital (Goiânia), o aumento da população idosa também é um fato constatado no período de 1998 a 2005 (Gráfico 30). O percentual da população idosa residente, segundo o DATA-SUS, em 2007, foi de aproximadamente 7%, sendo que 60,6% dos idosos estão na faixa etária de 60 a 69 anos; 28% na faixa etária de 70 a 79 anos; e 10,7% na faixa de 80 anos e mais (DATA-SUS/2007).

Gráfico 30 - Percentual da população idosa, Goiânia, Goiás, 1998 a 2005.



Fonte: SIH/SUS

Em 2006, segundo DATASUS, 31% das internações registradas de pessoas acima de 60 anos de idade foram Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), 23,7% Doenças do Aparelho Respiratório (DAR), 9% Doenças do Aparelho Digestivo (DAD), e 6,8% Doenças Infecto parasitárias (DIP) perfazendo 70,5% das internações nesse ano. A insuficiência cardíaca congestiva, a hipertensão arterial primária, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pneumonias destacaram-se como as patologias de maior frequência.

De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) em 2005 as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 41,8% dos óbitos em maiores de 60 anos, seguidas das doenças do aparelho respiratório (16,3%), neoplasias (15,2%) e algumas doenças infecciosas e parasitárias (5,6%). Este perfil de mortalidade vem se mantendo desde a década de 80.

As doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares apresentaram mortalidade proporcional média por grupo de 35,18% e 21,84%, respectivamente, neste mesmo período, ou seja, foram responsáveis por 58% dos óbitos por DAC em idosos nos anos de 1998 a 2002.

As patologias categorizadas como doenças do aparelho respiratório vêm apresentando uma tendência de aumento na mortalidade do idoso no Brasil. Em 1980, 7,11% dos óbitos totais foram causados por doenças deste grupo. Em 2000, este percentual aumentou para 12,07%. O mesmo padrão foi encontrado em Goiás. Em 2005 16,3% dos óbitos em maiores de 60 anos no Estado foram causados por doenças do aparelho respiratório e figuraram como a segunda causa de óbito. As doenças crônicas da vias aéreas inferiores (DPOC) constituíram a primeira causa de óbito do grupo, no período, seguidas pelas pneumonias.

No Estado de Goiás, em 2005, 4% dos óbitos ocorreram por causas externas, tendo a quinta colocação entre o total de óbitos nos maiores de 60 anos. Dentre estas, destacaram-se os acidentes de trânsito e as quedas em primeiro e segundo lugares.

É preciso planejar e agir no sentido de ajudar as pessoas mais velhas a se manterem ativas e saudáveis, fazendo com que suas vidas sejam permeadas de experiências positivas com oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança.

Neste contexto, portanto, percebe-se claramente a importância de efetivar a Política de Atenção ao Idoso no Estado de Goiás aprovada pelos Conselhos Estadual de Saúde e Estadual do Idoso e lançada no dia 29 de maio de 2006, bem como organizar e estruturar a Rede de Atenção à Saúde do Idoso no Estado (em processo de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite/ Colegiado de gestores) nos três níveis de atenção: Atenção Básica, Serviços de Média Complexidade com serviços regionais de referência e Serviços de Alta Complexidade, através dos Centros de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, segundo a configuração regional dimensionada no Plano Diretor de Regionalização. Um dos desafios é organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção tratamento e reabilitação), por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar devidamente capacitada na área do envelhecimento e saúde do idoso.

Articulações e parcerias com instituições que desenvolvem trabalho com pessoas idosas são imprescindíveis sempre que for necessário viabilizar planos, projetos e outras atividades importantes. Em especial com a Secretaria de Cidadania Estadual através da Superintendência de Assistência Social/Gerência do Idoso, Conselho Estadual do Idoso, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Regional de Serviços Social, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Ministério Público.

1.12.2 - SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA

A População Quilombola em Goiás é representada, em sua totalidade, pela comunidade Kalunga, na maior área remanescente de quilombo no Brasil, ocupando um total de 253.191,72 hectares nos municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás.

Atualmente essa comunidade conta com 3.000 pessoas. Seu território encontra-se em fase de demarcação e está dividido em cerca de cem agrupamentos com várias denominações, onde os núcleos principais estão em cinco agrupamentos. De acordo com levantamento da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), 57% dos partos dos Kalunga, em 2004, foram feitos por parteiras; enquanto 13% desse total por médicos. O parto domiciliar é uma realidade não só na comunidade Kalunga, mas em várias regiões do país, principalmente nos locais de difícil acesso aos serviços de saúde.

1.12.3 – SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

Os **povos indígenas**, de acordo com o relatório da Coordenação Regional de Saúde / Pólo base Goiânia – Funasa (2007) em Goiás se compõem em quatro etnias: Karajá, Tapuia, Avá-Canoeiro e Guarany. Estes estão aldeados nas localidades de Buridina / Ariká (município de Aruanã); Aldeia Carretão (municípios de Rubiataba e Nova América); Aldeia Avá-Canoeiro de Serra da Mesa (município de Minaçu) e os Guarany, residindo nas cercanias da cidade de Cocalinho – MT, mas que são assistidos pelo pólo base Goiânia.

Nos últimos anos as comunidades indígenas em Goiás sofrem problemas sociais como o alcoolismo que entre estes povos é a principal causa direta do índice de morbidade por atos violentos, como os traumatismos diversos e lesões decorrentes destes atos como ferimentos por arma branca e traumatismo crânio-encefálico, sendo as mulheres as principais vítimas. A comunidade Karajá de Aruanã padece do grave problema da prostituição, principalmente em

épocas de temporada de praias e grandes eventos realizados na cidade, quando então ocorre um alto índice de gravidez precoce entre as adolescentes daquela comunidade.

Quadro 37 - População Indígena em Goiás / 2008

MUNICÍPIO	ETNIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
ARUANÃ	KARAJÁ	101	90	191
MINAÇU	AVÁ CANOEIROS	02	04	06
COCALINHO-MT	GUARANI	17	23	40
RUBIATABA	TAPUIAS	85	74	159
TOTAL		205	191	396

Fonte: FUNASA/GO/2008

1.12.4 - ÁREAS DE ATENÇÃO ESPECIAL

Assistência à pessoa com deficiência física e auditiva

Está sendo estruturada a Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, possuindo atualmente 28 Serviços de Reabilitação Física, assim distribuídos:

_ 22 Serviços de Reabilitação Física de Primeiro Nível de Referência Intermunicipal que são unidades ambulatoriais que prestam atendimentos a pacientes com deficiências motoras, encaminhados pela Atenção Básica. Estes serviços estão distribuídos nas 16 Regionais de Saúde do estado.

_ 04 Serviços de Reabilitação Física de Nível Intermediário, presta assistência em reabilitação à pessoa com deficiência física, encaminhada por outros serviços de saúde, constituindo-se na referência de média complexidade em reabilitação física, de acordo com os princípios definidos pela NOAS-SUS 01/2001, devendo integrar-se a uma rede horizontal regionalizada com pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas.

_ 02 Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação, com finalidade de prestar assistência intensiva às pessoas com deficiência física, referenciados por outros serviços de saúde, constituindo-se na referência de alta complexidade em reabilitação (motora e sensório motora), de acordo com os princípios definidos pela NOAS-SUS 01/2001.

Quanto à assistência à Pessoa com Deficiência Auditiva, os usuários são atendidos na Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência motora, física e múltipla, ora apresentada. Quando esta deficiência é identificada no nível intermunicipal, os pacientes são referenciados aos serviços de média ou alta complexidade.

A dispensação de próteses auditivas é realizada pelos serviços de média e alta complexidade. Atualmente, os serviços que dispensam são: o Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), a Vila São José Bento Cotelengo e o Centro de Referência em Saúde Auditiva (CRESA) da Universidade Católica de Goiás (UCG). Ainda existem pacientes na fila de espera, porque os serviços que realizam tal procedimento têm um teto estabelecido pelo MS para a dispensação, que não pode ser ultrapassado.

Estão previstos ainda, a implantação de mais 38 serviços de reabilitação física no nível intermunicipal e 02 serviços de assistência à pessoa com deficiência auditiva no nível intermediário. Os serviços previstos para a assistência à saúde auditiva serão implantados nos municípios de Jataí e Formosa, estando, porém, parado o processo de aquisição dos equipamentos por determinação da Gerência de Programação Orçamentária. Foi enviada no ano de 2007, proposta de projeto ao MS para celebração de convênio na aquisição de equipamentos para implantação de sete serviços de reabilitação nível intermunicipal, tendo sido indeferida com a justificativa de falta de recursos financeiros.

Ressalta-se que o Estado não dispõe de nenhum serviço que disponibiliza equipamentos que propiciem a ventilação nasal intermitente de pressão positiva a pacientes com Distrofia Muscular Progressiva. Frente tal situação, destacamos a necessidade da implantação do Programa de Assistência Ventilatória não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular, como preconiza a Portaria N° 364 de 5 de setembro de 2001.

Assistência à pessoa com transtornos mentais

A Política Estadual de Saúde Mental, já aprovada no Conselho Estadual de Saúde, prevê a redução de leitos psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos. Goiás conta hoje com 19 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS sendo: 08 CAPS modalidade II (municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes) e 07 CAPS modalidade I (Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), e estas duas modalidades atendem usuários com

transtornos mentais. Existem também 03 CAPSad para atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e drogas e 02 CAPSi para infância. Estão previstos ainda para 2008, já aprovados na CIB, aguardando apenas a habilitação dos mesmos junto ao Ministério da Saúde, a implantação de mais 03 CAPS, sendo 01 CAPS II, 01 CAPS I e 01 CAPSi.

Conta também com 07 Serviços Residenciais Terapêuticos, onde abrigam egressos de longas internações psiquiátricas sem vínculo familiar.

Em cumprimento da garantia de uma assistência de forma integrada, faz-se necessário a criação de CAPS modalidade III nos municípios acima de 200.000 habitantes, onde a internação poderá acontecer até por sete dias.

Considerando que todos os municípios com população acima de 20.000 habitantes já comportam um CAPS, ressaltamos a necessidade urgente da expansão destes serviços no Estado, uma vez que algumas regiões de saúde não dispõem deste ponto de atenção, principalmente na região do entorno de Brasília e norte do estado.

O Estado de Goiás optou pela não implantação do Hospital de Custódia para atendimento aos pacientes em medida de segurança que fica sob a tutela do estado, criando o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI, fundamentado principalmente na lei Federal nº 10.216, de 06 de Abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental.

O objetivo desse Programa é acolher aos casos de loucos infratores encaminhados pelos juizes das diversas comarcas do Estado, procedendo às avaliações jurídica, clínica e psicossocial, realizando a mediação entre as esferas Jurídica, Saúde e Sociedade, acompanhando o usuário até a cessação de sua relação com a justiça, visando a não reincidência do ato infracional e sua reinserção social.

Saúde Bucal

Promoção da Saúde Bucal

Os sistemas de fluoretação das águas de abastecimento do estado de Goiás foram ampliados e de acordo com dados da SANEAGO, em setembro de 2007, 95% da população atendida pela SANEAGO recebe água fluoretada.

É extremamente importante garantir a continuidade e os teores adequados da fluoretação. Através do SISAGUA, da Superintendência de Vigilância Sanitária, está incluído o monitoramento da dosagem de fluoreto nas águas de abastecimento dos 246 municípios do estado, porém é necessário criar um mecanismo de integração entre SPAIS, SVISA e LACEN para que o monitoramento da dosagem do flúor seja efetivo.

Recuperação e Reabilitação da Saúde Bucal

Os 20 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) implantados em Goiás estão distribuídos em 12 das 16 Regionais de Saúde do Estado, no entanto, ainda é evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo em consequência, o estabelecimento de adequado sistema de referência e contra-referência em saúde bucal. A expansão da rede assistencial secundária e terciária não acompanha, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. Os dados do sistema de informação ambulatorial do SIA/SUS (2002) indicam que os serviços especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos.

Além do reduzido número de serviços especializados, percebe-se que estes, não estão atuando ainda dentro de uma rede de assistência integrada, tendo a Atenção Básica como coordenadora deste processo.

Quadro 38 - CEO implantados em Goiás, julho de 2007.

MUNICÍPIOS	CEO IMPLANTADOS	CEO I	CEO II	CEO III	LRPDs
Anápolis	01 Estadual 01 Municipal			1 1	1 1
Goiânia	01 Estadual 04 Municipais	3	1	1	1
Jataí	01 Municipal		1		1
Luziânia	01 Municipal	1			
Formosa	01 Municipal		1		1
Planaltina	02 Municipal		2		1
Rio Verde	01 Municipal		1		
Uruaçu	01 Municipal		1		1
Itumbiara	01 Municipal		1		
Goiatuba	01 Municipal		1		
São Luiz de Montes Belos	01 Municipal		1		
Ceres	01 Municipal		1		
Iporá	01 Municipal		1		
Porangatu	01 Municipal	1			

TOTAL	20	05	12	03	07
--------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Fonte: SES/SPAIS – GO – 2007

Ampliação e Qualificação da Atenção

Com relação à oferta de recursos humanos, no Estado de Goiás pode-se constatar que a relação profissional (números de cirurgiões dentistas) /habitante no serviço público é de 1/3.582 habitantes o que está muito longe do preconizado pela OMS (1/1.500 hab.). Estes profissionais na sua grande maioria estão concentrados na capital.

Nota-se que o atual modelo da Saúde Bucal no Estado de Goiás, ainda está centrado nas ações curativas, sem uma visão interdisciplinar, com número elevado de exodontias e procedimentos de alívio de dor, levando a altos índices de necessidades de reabilitação em prótese. Isto demonstra a urgência de uma reestruturação da Política Estadual de Saúde Bucal com ações efetivas de diagnóstico, promoção, prevenção e reabilitação em todas as faixas etárias.

Assistência integral à saúde da população carcerária do estado de Goiás

Com o objetivo de assegurar o atendimento à saúde da população presidiária do Estado, numa iniciativa articulada das Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, foi elaborado por uma comissão interinstitucional em 2004, o Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário – POESSP/GO.

O plano prevê a constituição de equipes básicas de saúde – EBS, lotadas nas unidades prisionais, para a execução de ações da atenção básica e média complexidade, custeadas por incentivo financeiro federal, repassado mensalmente, atualmente no valor de R\$ 5.400,00 por equipe, informada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. A atuação dos profissionais visa, sobretudo, atender de forma resolutiva às necessidades de saúde dessas pessoas privadas de liberdade.

Poucos avanços foram contabilizados para efetivação do POESSP. Das treze EBS necessárias para operacionalização do plano em todo o estado, somente duas equipes foram inseridas no CNES e lotadas em unidades do Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia. Porém, essas equipes nunca estiveram completas e nem receberam a devida capacitação para desenvolver suas tarefas.

Em outubro/2007, o governo do estado autorizou a contratação de vinte e dois profissionais, para de fato constituírem as duas equipes já cadastradas no CNES. O RH da SES

em parceria com a área técnica de saúde mental/SPAIS está na fase de seleção de currículos para posterior recrutamento do pessoal. Ocorreu também o repasse do incentivo, até então no Fundo Estadual de Saúde de Goiás.

Em Goiás, a operacionalização do plano tem necessidade de ser implementada. No momento, o POESSP está sendo atualizado, revendo alguns pontos críticos, como por exemplo, as referências para média e alta complexidade pactuadas em 2004. A experiência mostrou que por despreparo, pouco compromisso e a inadequação do fluxo de encaminhamento, essa clientela muitas vezes não está sendo atendida.

Faz-se necessário um planejamento conjunto entre as Secretarias de Saúde e de Justiça, para redefinir os papéis entre os atores, estipular metas e prazos.

DST/AIDS e Anemia Falciforme

Do total de casos notificados de **AIDS** até junho de 2006 no Brasil (433.055), 32,8% (142.138) foram do sexo feminino, sendo que o maior número de casos encontra-se na faixa etária dos 20 aos 49 anos, representando 81,5% dos casos femininos. Com isso, o risco de as crianças serem infectadas pelo HIV é enorme.

Em agosto de 2005, o Programa Nacional de DST e AIDS lançou o Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids, visando investigar se existem e como ocorrem as diferenças no acesso às informações, às práticas de prevenção e ao atendimento de saúde, segundo a cor/etnia.

A Secretaria de Estado da Saúde através da Regional de Saúde Nordeste e os municípios de Cavalcante, Monte Alegre, Teresina de Goiás e as áreas técnicas de DST/AIDS, Mulher, Tuberculose, Imunização, Bucal, entre outras, estão desenvolvendo ações de promoção e prevenção da saúde, em parceria com representantes da população negra, bem como, com a Secretaria Estadual da Mulher e Igualdade Racial.

Na Área de DST/AIDS, o Estado de Goiás possui uma rede de serviços que atuam na promoção, prevenção, diagnóstico e assistência aos portadores de DST/HIV/AIDS. Atualmente são dezessete Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), distribuídos em doze Regionais de Saúde, sendo que quatro regionais de saúde estão descobertas: Oeste I, Oeste II, Norte e Rio Vermelho. Os CTAs realizam atividades educativas de promoção e prevenção das DST/HIV/AIDS, aconselhamento pré e pós-teste e exames de HIV e sífilis. Doze CTAs estão cadastrados para a realização de testagem para as Hepatites B e C, mas apenas 10 estão realizando a testagem. O município de Santo Antônio do Descoberto não recebeu os equipamentos, lavadora

e leitora do MS e Campos Belos têm os equipamentos, mas não realiza o exame, por problemas de gestão municipal. Os profissionais de saúde do Hospital de Doenças Tropicais - HDT e dos Centros de Testagem e Aconselhamento localizados nos municípios de Goiânia, Planaltina, Itumbiara, Caldas Novas e Uruaçu foram capacitados para realizarem a testagem rápida como diagnóstico do HIV, mas apenas dois implantaram.

A Rede de Diagnóstico da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV está sendo elaborada, conforme portaria nº 2.458/GM de 29 de dezembro de 2004, que estabelece formas de financiamento para os procedimentos de diagnóstico laboratorial do HIV (MAC e FAEC). Os serviços de referência serão definidos de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás.

Os Serviços de Assistência Especializada – SAE são oito unidades, que prestam atendimento multidisciplinar aos portadores de HIV/AIDS, oferecendo tratamento ambulatorial, estando localizados nos municípios de Goiânia (Hospital das Clínicas - HC), Anápolis, Rio Verde, Itumbiara, Jataí, Caldas Novas, Santo Antônio do Descoberto e Ceres. O estado conta com o Hospital de referência estadual no atendimento ambulatorial e internação de pessoas que vivem com HIV/AIDS, Hospital de Doenças Tropicais - HDT. No atendimento às Gestantes HIV positivo, a referência estadual é o Hospital Materno Infantil – HMI.

Goiás conta com 27 maternidades cadastradas no Projeto Nascer implantado nas 16 Regionais de Saúde, assegurando a testagem do HIV e da Sífilis no parto, objetivando a redução da transmissão vertical.

Conforme determinação da portaria nº 2.313 de 19 de dezembro de 2002 e resolução nº 019, de 24 de março de 2008, da Comissão Intergestores Bipartite é de responsabilidade do Ministério da Saúde a aquisição de medicamentos anti-retrovirais, Estado a compra dos medicamentos de Infecções oportunistas e dos municípios a aquisição de medicamentos de DSTs. A aquisição de preservativos masculinos é de responsabilidade das três esferas de governo, sendo de contrapartida estadual o valor de 10% do total repassado pelo Programa Nacional de DST/Aids – MS.

A SES pactuou a Rede Estadual de Assistência ao Trabalhador Acidentado com Exposição ao Material Biológico, conforme Resolução nº 008, de 02 de março de 2006, da Comissão Intergestores Bipartite com serviços de referência regionais, garantindo os insumos necessários para o atendimento especializado.

O Estado de Goiás possui 04 Casas de Apoio para Adultos que vivem com HIV/AIDS, segundo portaria nº 1.824/GM, de 02 de setembro de 2004, são elas: Condomínio Solidariedade de

Goiânia que dispõe de 27 acomodações; Centro de Apoio ao Doente de AIDS – CADA - Aparecida de Goiânia que dispõe de 17 acomodações; Fundação Viva a Vida de Jussara que dispõe de 17 acomodações; Casa Bethânia – Anápolis que dispõe de 25 acomodações. A SES também desenvolve parcerias com Organizações da Sociedade Civil – ONG que atuam na área de DST/AIDS.

Particular atenção foi dada à **Doença Falciforme**, sendo que o Estado de Goiás é um dos que já tem aprovada e está sendo implementada uma Política Estadual de Atenção ao Portador de Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias.

A anemia falciforme é a doença genética mais comum no Brasil. (ANVISA-2002), predominando entre negros e pardos, mas também ocorrendo entre brancos. No Sudeste do Brasil, a prevalência média de heterozigotos é de 2%, valor que sobe para cerca de 6 a 10% na população negra. Estimativas, com base na prevalência, permitem calcular a existência de mais de 2 milhões de portadores do gene da hemoglobina S no Brasil, sendo que, mais de 8.000 afetados com a forma homozigótica. Estima-se o nascimento de 700 a 1000 novos casos anuais de doenças falciformes no país. (MOURA et all, 2002)

Pesquisa utilizando uma amostragem universal dos recém-nascidos triados no Teste do Pezinho, no Laboratório da APAE de Anápolis, para o exame de hemoglobinopatias, no ano de 2002, num total de 83.839 amostras, encontrou 5.962 casos com traço (incidência de 1:14) e 52 casos com doença (incidência de 1:160).

Foi estruturada a Rede de Assistência ao Portador da Doença e de Traço de Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias, sendo que o Hospital das Clínicas da UFG, a APAE de Anápolis e o Hemocentro foram definidos como referência estadual na atenção secundária e terciária. Foi ampliado o número de unidades para oferecimento de vacinas especiais e foram capacitados, em atenção ao portador de traço ou Anemia falciforme, um médico e uma enfermeira da Atenção Básica de cada município de 13 Regionais de Saúde. Elaborou-se o Manual para o Paciente e a Caderneta do Portador de Doença Falciforme bem como o Manual para o Profissional de Saúde (protocolos).

Saúde do Trabalhador

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) foram implantados pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) através da Portaria n° 1.679/GM de 19 de julho de 2002 e da Portaria n° 2437/GM de 07 de dezembro de 2005, que dispõem sobre a criação, ampliação e o fortalecimento da RENAST. O CEREST tem por função o

provimento de retaguarda técnica para o SUS, nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.

Em Goiás, o CEREST Estadual foi habilitado pela Portaria SAS nº. 614 de 17 agosto de 2006 e iniciou suas atividades em 02 de outubro do respectivo ano. Como pólo irradiador da cultura de Saúde do Trabalhador, a articulação dos técnicos do CEREST Estadual e Regionais de Goiânia e Ceres junto com Conselho Estadual de Saúde pactuou-se, a elaboração de projetos de implantação de outros centros. Que foi apresentada á Instância Superior Federal e o Estado de Goiás foi contemplado através da Portaria n. 48, de 31 de dezembro de 2007 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde a habilitação dos centros de referência das cidades de Anápolis e Formosa que serão inaugurados até o mês de maio do corrente ano.

Para que ocorra a efetivação da Saúde do Trabalhador no estado de Goiás, se faz necessário à estruturação do CEREST, através de:

✓ Adequação do espaço físico: com sede própria, que se encontra de acordo com processo nº. 200600010006085 em trâmite na SES/GO, aguardando as considerações da Subgerência de Rede Física da SES/GO, para que inicie o processo de licitação para iniciar a reforma do local que funcionará a sede do CEREST Estadual de Goiás.

✓ Recursos humanos: contratação de profissionais para compor a equipe, já que alguns contratos foram rescindidos e alcançaram o prazo determinado para o término.

✓ Aquisição de equipamentos e materiais: mobiliar e equipar a sede própria do CEREST.

Para a ampliação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador – RENAST, solicitou-se ainda mais dois CERESTs para atender a demanda, devido ao grande número de habitantes e a distância entre os municípios no Estado de Goiás.

A Vigilância Epidemiológica na área da Saúde do Trabalhador, no Estado de Goiás, atua em conformidade com a Portaria nº 777/GM de 28 de abril de 2004, que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória dos acidentes e agravos relacionados ao trabalho.

E para que ocorra a implantação da Vigilância Epidemiológica no Estado de Goiás, se faz necessário à capacitação dos profissionais com o desenvolvimento de ações no campo da Saúde do Trabalhador, em todos os níveis de atenção: Vigilância em Saúde, Estratégia de Saúde da Família - ESF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados, para que atuem em conformidade com a Portaria nº 777/GM de 28 de abril de 2004, que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória dos acidentes e

agravos relacionados ao trabalho, sendo assim o CEREST Estadual está trabalhando em dois projetos de capacitação:

- ✓ Projeto de Sensibilização (presencial) para os servidores das regionais de saúde;
- ✓ Projeto de Capacitação (a distância no sistema e-learning) em parceria com o CEREST Regional de Goiânia, uma vez que o mesmo já atuou como estadual e acumulou verba desta competência.

Radioacidentados

A Superintendência Leide das Neves Ferreira, foi criada para dar continuidade aos serviços prestados pela extinta FUNLEIDE às vítimas do acidente radioativo com o Césio-137. Tem como finalidade principal dar assistência médica, laboratorial, odontológica, psicológica e social a estes pacientes.

A SULEIDE – possui esse nome em homenagem à menor Leide das Neves, 6 anos, que faleceu devido à contaminação pelo césio-137.

As vítimas assistidas pela SULEIDE somam um total de 733, sendo 51 de grupo I, 32 Filhos de grupo I; 44 de grupo II, 28 Filhos de grupo II; e 578 pertencentes ao grupo III. As pertencentes ao grupo I e II foram as que sofreram maior nível de radiação. Fazem parte do grupo III os profissionais que trabalharam na época do acidente, voluntários e os vizinhos de foco.

Todas as vítimas do grupo I e II recebem pensão Estadual e Federal mensalmente, e foram enquadrados como beneficiários do IPASGO, cabendo à SULEIDE o pagamento das guias de consultas e de tratamento odontológico quando não realizados pelos médicos e odontólogos dessa Superintendência. Os exames laboratoriais e de maior complexidade, são cobertos na totalidade pelo IPASGO. Os medicamentos dos pacientes, prescritos nas consultas dos médicos da SULEIDE, como também dos credenciados pelo IPASGO, são fornecidos pela Secretária de Estado da Saúde, via licitação e/ou compras diretas junto ao núcleo especial de dispensação de medicamentos.

No decorrer do ano de 2007 foram realizados 1.144 atendimentos nos três primeiros trimestres, com projeção para 1.525 atendimentos para os 12 meses de 2008, entre ações médicas, odontológicas, psicológicas e sociais. Além de exames especializados para medidas preventivas às doenças provenientes da ação pelo Césio-137. Também foram efetuados, com projeção para os 12 meses, 90 exames em citogenética humana.

A SULEIDE obedece a um programa de avaliação dos efeitos da radiação sobre as vítimas semestralmente, o que permite não só manter a vigilância constante sobre o estado de saúde dos radioacidentados, como também formar o banco de dados para pesquisas.

O Centro de Documentação da SULEIDE é hoje o maior acervo do Acidente Radiológico de Goiânia, que atende anualmente centenas de alunos, professores e pesquisadores de colégios, universidades e entidades científicas, não só da cidade como também de todo o Brasil e até de outros países.

O **Laboratório de Citogenética Humana e Genética Molecular** realiza exames de cariótipo no qual se estuda as alterações cromossômicas para diagnóstico de doenças genéticas tais como: leucemia (L.M.C), síndrome de Down (mongolismo), síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter, determinação do sexo genético, etc. Avalia também os danos provocados pela radiação em indivíduos irradiados (Dosimetria biológica). O tempo para elaboração dos resultados dos exames é em torno de 15 a 30 dias. Na Genética Molecular estuda-se a alteração gênica (no DNA). Estes exames também são usados para teste de paternidade e em identificação de indivíduos

O Laboratório de Citogenética Humana e Genética Molecular participa do Programa Gestante de Alto Risco – GESTAR do Ministério da Saúde em convênio com a Secretaria Estadual de Saúde. Atualmente está Instalado nas dependências da UCG/REPLICON, em convenio firmado entre a UCG e a SES para este fim.

2 - DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

O acelerado processo de urbanização ocorrido ao longo das últimas décadas acarretou a concentração de grandes contingentes populacionais com o conseqüente fenômeno do surgimento de grandes metrópoles, em torno dos quais se aglutinam cidades satélites, implicando enorme pressão sobre oferta de bens e serviços públicos muito além da capacidade de resposta das administrações públicas.

A chamada revolução urbana teve maior impacto sobre os países do Hemisfério Sul, com a população residente nas áreas mais desenvolvidas passando de 228 milhões para 1,14 bilhão, nos últimos 50 anos (Ferraz, 1999). Esta situação repercutiu negativamente sobre as condições de vida e saúde destas populações, com problemas psicológicos, sociais e culturais

decorrentes dos processos migratórios, determinando o incremento nos índices de alcoolismo, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, obesidade, violência, além de problemas decorrentes da poluição ambiental, de saneamento básico e habitação inadequada e/ou ausente, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada e ainda, dificuldade de acesso à educação.

A combinação urbanização-pobreza altera significativamente o perfil epidemiológico das populações, que passam a conviver com doenças típicas da pobreza (infecto-contagiosas) e do desenvolvimento (crônico-degenerativas).

Este quadro impõe a necessidade de uma agenda pública que se dedique ao tema do desenvolvimento humano sustentável, incluindo direito à cidadania e à moradia, entre outros. Esta nova agenda pública trabalha com fatores determinantes internos e externos aos respectivos campos a que se refere (desenvolvimento, saúde, aglomeração humana e produção coletiva de bens e serviços), o que evoca uma ação intersetorial para o enfrentamento dos problemas identificados.

O reconhecimento da vigilância sanitária como responsabilidade indelegável do Estado, leva ao entendimento de que esse campo da saúde pública é também uma arena de conflito, cabendo a ela a articulação com as demais áreas da saúde, uma vez que suas questões perpassam por diferentes instâncias dentro e fora do contexto da saúde exigindo então ações interdisciplinares e interinstitucionais.

É prática da Vigilância Sanitária a construção de instrumentos de gestão que incentivem a intersetorialidade, compartilhando espaços de ações e serviços com outros setores do governo que possuem interface com seu campo de ação, para intervenção no risco sanitário, como: agricultura, trabalho, educação, justiça, meio ambiente, defesa do consumidor e outros.

A saúde é fator essencial para o desenvolvimento humano, e no campo de ações propostas no contexto da promoção da saúde, incentiva-se a criação de ambientes saudáveis. O homem é o agente central no desenvolvimento sustentável num processo de defesa do meio ambiente, e que tem como principal objetivo o aumento da expectativa de vida saudável e com qualidade. O alcance deste objetivo está diretamente relacionado à importância da equidade, seja na distribuição de renda, no acesso aos bens e serviços sociais, na relação entre homens e mulheres, no tratamento das demandas das diferentes etnias, entre outros.

A questão que se coloca é: qual o tipo de saúde que deveria ser a “Saúde da Promoção da Saúde?” A resposta habitual é que deveria ser chamada de saúde positiva (pela conotação

favorável associada ao termo “*positivo*”). Mas tecnicamente, porque se considera que o modo atual de conceber a saúde (em que ela é vista “negativamente” como ausência de doença) é inadequado, ou incorreto, ou insuficiente porque revela uma visão fragmentada e reducionista, tendo como base um modelo estreitamente biomédico. (Czeresnia & Freitas, 2003).

A Promoção de Saúde seria então uma reação “positiva” a este modo “negativo” de conceber a saúde. A visão “positiva” apontaria para uma percepção ampliada, integrada, complexa, intersetorial, relacionando saúde a meio ambiente, ao modo de produção e ao estilo de vida. Este conjunto de fatores descritos acima apresenta características particulares para o Estado de Goiás, com diferentes desdobramentos sobre indicadores de saúde, demandando estratégias de enfrentamento sobre os condicionantes e determinantes da situação de saúde da população.

O processo de transição demográfica no Brasil, Goiás incluído, é marcado por uma acelerada mudança nos últimos 50 anos. Esta transição combina dois elementos principais: a urbanização e o envelhecimento populacional. O primeiro destes caracterizado pela formação de grandes aglomerados urbanos, com rede de serviços insuficiente para cobrir a demanda e falta de oportunidades de trabalho para uma população com baixo nível de qualificação. O envelhecimento influenciado, sobretudo, pelas quedas nas taxas de fecundidade, promove pressão pela abertura e ampliação de serviços destinados a este segmento da população, bem como pela necessidade de adaptação das práticas assistenciais e dos espaços de circulação de pessoas (logradouros, calçadas, transporte, etc.).

O processo de urbanização no Estado criou dois grandes aglomerados urbanos, com distintas características, mas com indicadores que retratam os efeitos de um crescimento populacional sem planejamento adequado. Uma delas é a região metropolitana de Goiânia, a outra a região do Entorno do Distrito Federal. Em ambas o tema da violência é recorrente.

A região de Goiânia com prevalência da morbimortalidade por acidentes de trânsito, reflete a falta de planejamento para implantação de um sistema público de transporte de qualidade. Este fato tem entre outras evidências, a perda de 6 milhões de usuários nos últimos anos pelo sistema de transporte coletivo. Estes usuários migraram para opções de transporte individual, com predomínio das motocicletas.

A região do entorno do DF reflete, por sua vez, o esgotamento da capacidade de aproveitamento da mão-de-obra, em especial a de baixa qualificação profissional. A política de distribuição de terra funciona como fator de atração, promovendo uma constante tensão entre as demandas de infra-estrutura e de trabalho e renda para a população que se desloca para essa

região. O resultado imediato desta tensão é a explosão dos níveis de violência, com altas taxas de homicídio.

Essa situação implicou um processo de mobilização institucional, no sentido de formular e implantar uma Política de Promoção da Saúde capaz de dar respostas efetivas a estes condicionantes e determinantes da situação de saúde da população, fundamentadas em um amplo movimento de integração de Políticas Públicas envolvendo os diversos setores da Administração Pública e da Sociedade.

Estratégias de implementação da política de promoção da saúde:

A implementação de estratégias de desenvolvimento da promoção à saúde deve ter como fundamentos a integração intra e intersetorial. Do ponto de vista da organização do setor saúde é necessário trabalhar a inclusão do conceito e das práticas sanitárias de promoção da saúde nas políticas, planos e projetos de ação dirigidos a grupos e problemas específicos. A articulação intersetorial, por sua vez é fator importante no controle sobre condicionantes e determinantes dos problemas de saúde.

A estruturação das intervenções deve considerar como recortes possíveis as ações dirigidas às pessoas, considerando seus hábitos de vida em relação à alimentação, atividade física, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas; bem como ações dirigidas ao ambiente, considerando o desenvolvimento de espaços saudáveis de convivência e de trabalho.

Em relação às doenças crônico-degenerativas, destaca-se na SES a iniciativa CARMEN – Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Doenças não Transmissíveis, que vem sendo desenvolvidas desde 1999, e que conta com, além do município de Goiânia, 11 outros municípios em fase de implantação e implementação. A estratégia CARMEN inclui um conjunto de ações que vão do diagnóstico da situação, até as ações de prevenção e controle dos fatores de risco e seu monitoramento. Tendo em vista que a redução das doenças não transmissíveis exige um trabalho intersetorial, implantou-se uma comissão interinstitucional para deliberar sobre as ações que devem ser realizadas dentro do projeto.

Os dados dos inquéritos de fatores de risco para as doenças não transmissíveis realizados em alguns municípios do Estado a partir de 1999 com a população adulta (15 anos e mais) mostram no conjunto, altas prevalências da maioria de fatores de risco pesquisados, principalmente a hipertensão arterial, o sedentarismo e o excesso de peso. Contudo, chama

especial atenção a presença desses fatores de risco em escolares, principalmente em relação à experimentação de bebidas alcoólicas. Esses dados confirmam a idéia de que esses fatores de riscos vêm ocorrendo em faixas etárias cada vez menores, justificando a importância do investimento na prevenção o mais precocemente possível.

Entre outras ações intersetoriais desenvolvidas pela SES/GO, destaca-se o PAILI que é um projeto pioneiro no Brasil, onde resgata o direito ao tratamento, dignidade e cidadania daquelas pessoas até então esquecidas em instituições manicomiais. O Programa estabeleceu um Termo de Cooperação Mútua com vários seguimentos públicos, como: Secretaria de Justiça, Secretaria de Segurança Pública, Poder Judiciário, Ministério Público e a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

A equipe multiprofissional foi capacitada e treinada, porém com vínculo precário, com contratos temporários, gerando assim insegurança aos profissionais.

O atendimento a estes usuários, após a avaliação do PAILI e determinação do Juiz da Vara de Execuções Penais, acontece na rede pública de saúde, através das Unidades Básicas de Saúde e dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, necessitando ainda de fortalecer a integração desses serviços junto ao Programa.

Outra atividade da SES de grande relevância é o realizado pela Superintendência Leide das Neves (SULEIDE) a qual foi instituída com missão de atender e monitorar os radioacidentados pelo Césio-137, cumprindo o seu papel científico através do laboratório LAGENE, voltado não apenas para esta clientela específica, mas garantindo outras ações prestada a toda comunidade. Na inovação tecnológica em saúde assessora o planejamento das novas unidades e gerenciamento das unidades da rede própria como proposta inovadora dentro da secretaria..

Dispõe do único acervo histórico sobre o acidente com o Césio-137, aberto para pesquisas da comunidade em geral e científica.

Conta atualmente com um quadro de especialistas; mestres e doutores, além de profissionais de diversas áreas, sendo responsável pelo Comitê de Ética em Pesquisas da SES/GO.

A Secretaria Estadual de Saúde, através da Suleide, conta atualmente com uma rede de pesquisa entre diversas instituições cujo objetivo é a implementação e a disseminação de novos conhecimentos em saúde, entre eles os estudos sobre o monitoramento dos radioacidentados.

3 – GESTÃO EM SAÚDE

3.1 Planejamento

Tomando como referência a noção de que planejamento é o esforço contínuo e sistemático de estabelecer cálculos antecipados sobre como agir sobre a realidade de modo a eliminar ou prevenir fatos considerados indesejáveis, este movimento deve estar fundado em modelos e processos de tomada de decisão que estabeleçam quais são as melhores alternativas para alcançar objetivos declarados como de maior relevância para uma dada sociedade.

No caso do Sistema Único de Saúde foi definido, ao longo do tempo, um conjunto de instrumentos e instâncias que indicam formas de estruturação do processo decisório que informam sobre algumas características do processo de planejamento no âmbito do sistema. Com o advento do Pacto pela Saúde reafirma-se a necessidade de construção da ação de planejar, que se efetiva com base em um conjunto de compromissos assumidos entre os gestores do sistema. Neste sentido, a primeira e mais importante referência para estruturação dos Planos Estadual e Municipais de Saúde são os problemas e compromissos assumidos como de maior importância entre os atores que participam do sistema – gestores, profissionais e usuários.

O processo de Planejamento tem seu momento inaugural com a formação de uma agenda pública, que no SUS está basicamente consolidada em torno do Pacto em Defesa da Vida. Esta agenda de compromissos deve, entretanto, ter desdobramentos na definição quanto aos modos e meios como estes problemas selecionados serão enfrentados, bem como, no acompanhamento do processo de execução das ações previstas, de forma a garantir a direcionalidade e a intencionalidade contida no documento plano.

A estruturação do processo de planejamento da SES-GO, portanto, está fortemente ancorada na pactuação desenvolvida entre gestores do sistema e referida pelos indicadores das situações-problema a serem enfrentadas. Esta forma de estruturação do planejamento resgata e resguarda, de certa forma, o seu caráter ascendente.

O Plano Estadual de Saúde (PES), enquanto síntese deste processo, só se completa no agir cotidiano, ou seja, no exercício de tornar em intervenção efetiva as orientações nele contidas. Este movimento implica definir o acompanhamento e avaliação das ações realizadas. O formato que deve ser seguido é o de montagem de painéis que informem em tempo eficaz sobre a situação de metas estabelecidas, correlacionado-as com as condições exigidas para o alcance destas, informando sobre decisões críticas a serem tomadas pelos gestores do sistema.

A coordenação deste processo no âmbito da SES-GO está a cargo do Colegiado de Gestão, que incorpora os superintendentes das diversas unidades de direção da secretaria, sendo operacionalmente desenvolvida por uma equipe matricial coordenada pela Superintendência de Planejamento. O Conselho Estadual de Saúde homologa o PES e acompanha a sua execução. Do ponto de vista do sistema, a Comissão Intergestores Bipartite é a instância que delibera sobre decisões quanto à implementação do processo de planejamento, assessorada por uma Câmara Técnica constituída para este fim.

O acompanhamento e avaliação permanente são capazes de informar, com base na situação dos indicadores, a relação entre esta situação e o processo de alocação e execução orçamentário-financeira e sobre a capacidade de uso de recursos disponíveis, informando sobre os níveis de eficiência e de efetividade do sistema, instrumentalizando os gestores quanto ao processo de negociação sobre aporte de recursos ao setor, motivo de tensão permanente com a área econômica dos governos.

Diante dos constantes desafios enfrentados pelo setor saúde para promover a melhoria das ações e dos serviços ofertados à população, fez-se necessário trabalhar um processo participativo de planejamento, buscando a otimização dos recursos disponíveis e abrindo caminhos para novas formas de gestão.

Considerando a necessidade de o planejamento de uma instituição ser construído em cima de uma avaliação consistente, fundamentada em indicadores devidamente pontuados por meio de uma metodologia criteriosa e rigorosa, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, em 2005, se submeteu à aplicação do Instrumento de Medição de Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP).

O referido instrumento teve sua origem como parte da proposta “Iniciativa da Saúde Pública nas Américas”, quando foi desenvolvido e aplicado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em parceria com outras instituições colaboradoras, em 41 países da Região das Américas.

Posteriormente, o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde-CONASS, em cooperação com a OPAS/OMS, promoveu a adaptação do respectivo instrumento, visando a aplicação do mesmo no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde, constituindo o Programa de Apoio aos Gestores Estaduais do SUS: SUS-GESTÃO-ESTADUAL, co-financiado pelo Ministério da Saúde.

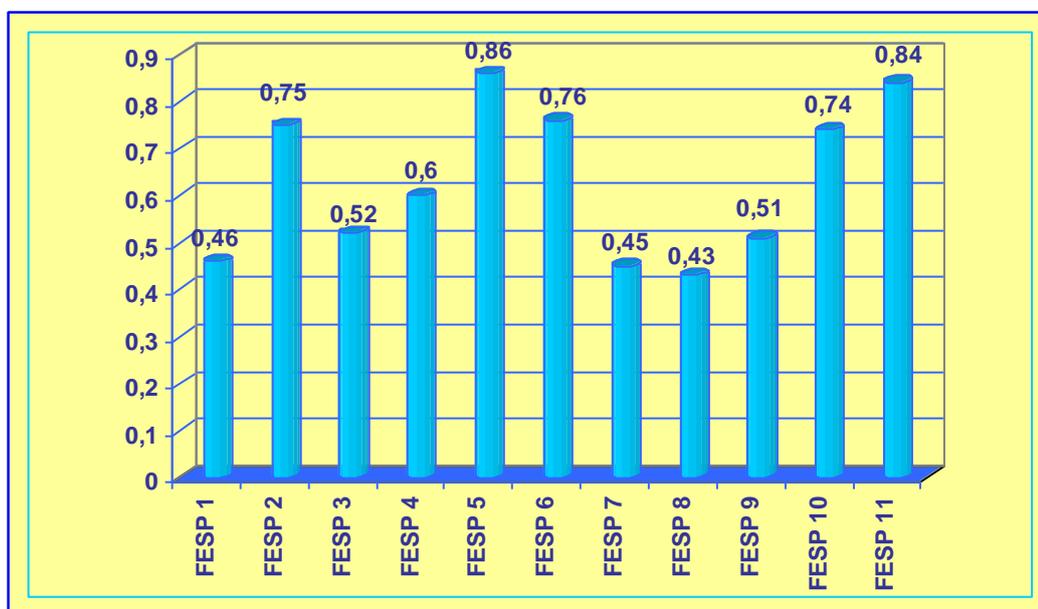
“As Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) são entendidas como atribuições indispensáveis a serem exercidas pelos órgãos gestores da saúde que permitam melhorar

o desempenho das práticas de saúde por meio do fortalecimento das suas capacidades institucionais (CONASS, 2005).”

São 11 as Funções Essenciais de Saúde Pública: 1 - Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado; 2 - Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde; 3 - Promoção da saúde; 4 - Participação social em saúde; 5 - Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde; 6 - Capacidade de regulação, fiscalização, controle e auditoria em saúde; 7 - Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde; 8 - Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde; 9 - Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde; 10 - Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde; 11 - Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde.

O valor médio alcançado pela gestão estadual na avaliação das funções essenciais foi 0,63. O gráfico 31, indica a pontuação das 11 funções, variando de 0,43 (F8) a 0,86 (F5). As Fesp/SUS n. 1, 3, 4, 7, 8 e 9 ficaram abaixo da média do Estado e as Fesp/SUS n. 2, 5, 6, 10 e 11 acima da média .

Gráfico 31 - Pontuação das Fesp/SUS na SES/GO



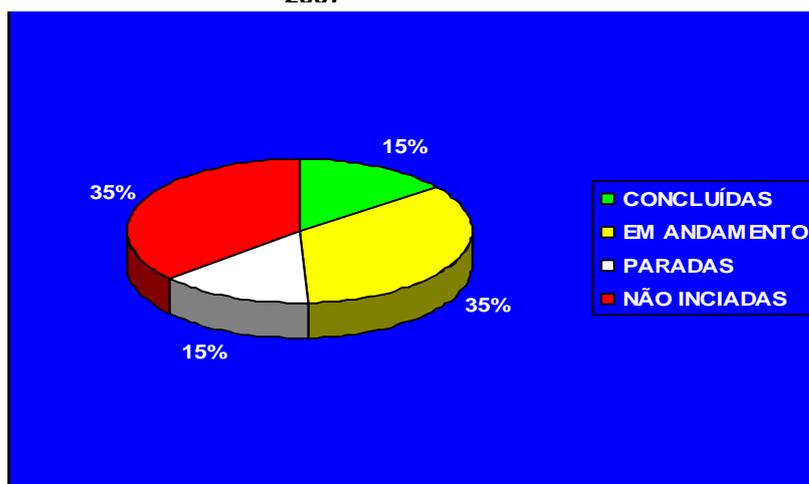
Fonte: Assessoria de Planejamento - SUPEX

Com o objetivo de melhorar a pontuação das Fesp com resultado inferior ao da média estadual e fortalecer as demais funções, foi elaborada uma Agenda de Fortalecimento, constando:

11 funções essenciais de saúde pública, 15 indicadores priorizados e hierarquizados, 39 ações e 111 atividades a serem executadas pelas diversas áreas da SES.

O gráfico 32 mostra que das 111 atividades propostas para execução pela SES, 15% foram concluídas, 35% encontram-se em andamento, 15% estão paradas e 35% não iniciadas.

Gráfico 32 – Percentual do cumprimento das atividades FESP, Goiás, 2005-2007



Fonte: Assessoria de Planejamento - SUPEX

Em 2006, foi aprovado e publicado o documento das Diretrizes dos Pactos pela Saúde, o qual contemplou o pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa da Vida e de Gestão.

Por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Estadual (TCGE), em janeiro de 2007, a Secretaria aderiu ao Pacto pela Saúde. Ressalta-se que no momento do preenchimento do TCGE, utilizou-se a Agenda FESP como instrumento para subsidiar a descrição das ações a serem executadas, objetivando o cumprimento de cada responsabilidade pactuada.

Posteriormente, através da percepção da correlação entre as FESP e o Pacto, buscou-se a unificação destes dois instrumentos com o emprego de diferentes metodologias, mas, com pontos convergentes e que se complementavam, possibilitando a construção de um planejamento único que norteasse a gestão da SES, fortalecendo-a, o que resultou na elaboração da Planilha de Integração das FESP-PACTO.

Para melhor orientar os municípios do Estado na assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, referente ao Pacto pela Saúde, a SES instituiu um grupo técnico responsável pela divulgação do mesmo, bem como pela elaboração do Manual de Orientações para o preenchimento do TCGM.

Atualmente, no Estado de Goiás 10 municípios tiveram os seus TCGM aprovados na Comissão Intergestores Tripartite e no sentido de realizar o acompanhamento das responsabilidades ainda não realizadas foi desenvolvido um sistema de monitoramento das mesmas - SMTCCG.

Observa - se grande dificuldade na elaboração dos TCGM e morosidade na entrega, por parte dos municípios, apesar das reiteradas capacitações realizadas pela SES.

Dentre todas as atividades de planejamento na SES, é necessário fazer algumas observações na área de Vigilância Sanitária tendo em vista as suas peculiaridades, isto porque seu campo de atuação está em constante interação com interesses financeiros e políticos, sendo alvo de pressão de ambas as partes, uma vez que as ações fiscalizadoras são priorizadas como principal estratégia de intervenção nos riscos sanitários. A introdução da metodologia de planejamento possibilita a reflexão do papel dessa área proporcionando uma reformulação na gestão.

O processo de planejamento desenvolvido pela SVISA está em consonância com o Plano do Governo de Goiás onde as estratégias a serem desenvolvidas enquanto organização estão alinhadas com as diretrizes e princípios do SUS, promovendo a integração das suas áreas. Assim, as ações de VISA são vinculadas ao SUS, incentivando a descentralização, fortalecendo o sistema de informação específico de VISA, bem como orientar a eficácia de suas ações na prevenção e defesa da qualidade de vida da população. As ações de planejamento de VISA são pautadas pelo enfoque de risco e orientadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde.

Uma das dificuldades para se desenvolver as atividades de planejamento, a nível estadual e municipal, é a deficiência de técnicos habilitados assim como, número insuficiente dos mesmos.

3.2 - Qualidade em Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 1989 as dimensões que preconiza para a “Qualidade” nos Cuidados de Saúde, qualidade que gostaria de ver implementada em todos os estados membros em 1990 e que englobaria:

- Performance técnica (qualidade dos atos técnicos dos profissionais de saúde);
- Recursos (eficiência econômica);
- Gestão de Risco (prevenção de danos ou eventos adversos relacionado com o tratamento);
- Satisfação dos clientes.

Em Goiás o Programa Qualidade Goiás, foi lançado em 1999, tendo como objetivo transformar a estrutura de governo, modernizando, descentralizando e construindo um serviço voltado para o cidadão e ao incremento da eficácia, estabelecendo canais de comunicação entre o governo e a população e buscando alcançar a excelência na gestão dos órgãos/entidades que compõem a estrutura do Estado.

Desde então, com uma equipe estruturada e responsável por sua implementação na SES, vem desenvolvendo ações voltadas para a disseminação dos conceitos e ferramentas da qualidade, implementando uma sistemática de melhoria contínua no desempenho dos processos de trabalho, adotando como referenciador os critérios de excelência do Prêmio da Qualidade do Governo Federal (PQGF).

O PQGF, no estado PQGG (Prêmio de Qualidade do Governo de Goiás), considerado uma das ações estratégicas do Programa da Qualidade no serviço público, é o reconhecimento do trabalho e do esforço dos órgãos que mais produziram resultados na busca dos objetivos da Qualidade, tendo em sua implantação a premiação por modalidade de processo e, a partir de 2004, dividido em cinco faixas:

- Troféu Koboí – acima de 750 pontos;
- Esmeralda – de 551 a 750 pontos – organizações que se encontram com práticas refinadas e inovadoras;
- Topázio – de 351 a 550 – organizações que estão com práticas adequadas, eficazes e tendências favoráveis, porém a aplicação ainda está em estágio inicial;
- Turmalina – de 151 a 350 pontos – organizações que estão com práticas adequadas, primeiros estágios quanto à obtenção de resultados decorrentes das práticas de gestão;
- Menção honrosa – Estágio preliminar de desenvolvimento de práticas de gestão.

Quadro 39 – Prêmios de Qualidade obtidos nas unidades da SES – GO

INSTITUIÇÃO	MODALIDADE/FAIXA	ANO
HDT	1º lugar	2002
HMI	Modalidade Processo Cirurgia Pediátrica	2002
SIATE	Modalidade Processo	2002
HDT	1º lugar	2003
Banco de Leite do HMI	Modalidade Processo	2003
CO	Menção Honrosa	2004
HMI	Menção Honrosa	2004
LACEN	Menção Honrosa	2004
HMA	Menção Honrosa	2004
HDT	Topázio	2004
SVISA	Menção Honrosa	2004
Sede da SES	Menção Honrosa	2004

Sede da SES	Menção Honrosa	2005
HDT	Topázio	2005
SVISA	Topázio	2005
Sede da SES	Turmalina	2006
SVISA	Turmalina	2006
HDT	Turmalina	2006
HMI	Menção Honrosa	2006

Fonte: Gerência da Qualidade –SES/GO.

Dentre as muitas ferramentas utilizadas para implantar o Sistema de Qualidade Total em uma instituição destaca-se o Programa 5S, que na SES, em 2003, recebeu o nome de "Programa bem viver", proporcionando benefícios às áreas, como: ordem, limpeza, não desperdício, autodisciplina, essenciais para a produtividade, melhorando o ambiente, as condições de trabalho e a saúde.

Em 2004, foi implantada a Política Nacional de Humanização no Estado, oferecendo assim mais uma oportunidade de promoção de melhoria da gestão e da atenção nas unidades de serviço da SES, por meio do desenvolvimento de ações como: Atendimento diferenciado e humanizado às vítimas de violência sexual; Humanização das UTI, maternidades e hospitais; Educação para adultos com baixa escolaridade; Cumprimento da “Lei do Parto”- Direito à Acompanhante; Cuidado com o Cuidador; Divulgação da Carta de Direito dos Usuários, entre outros.

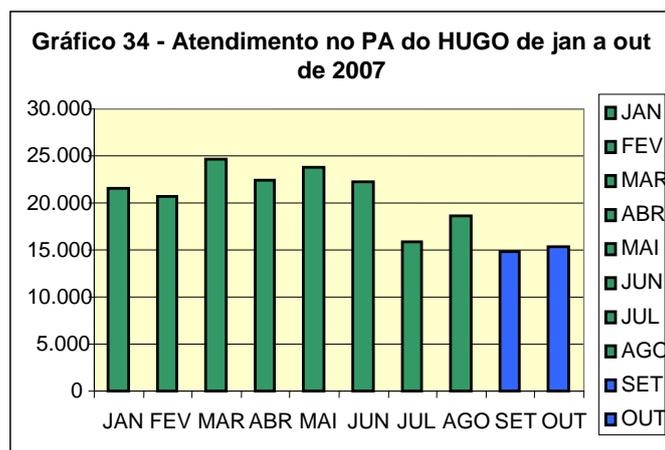
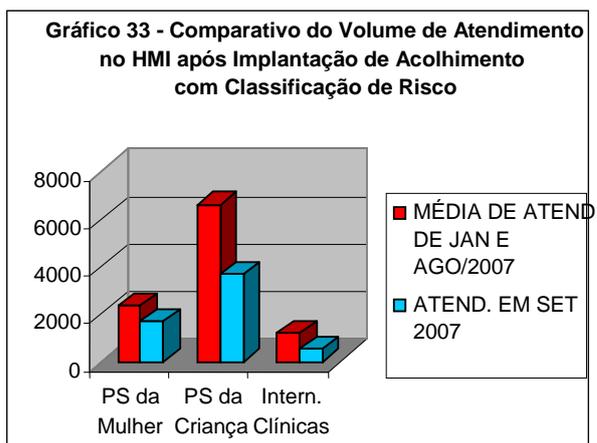
Quadro 40 - Colaboradores capacitados na PNH em Goiás

Ano	Nº de Colaboradores Capacitados
2005	1968
2006	546
2007	407
TOTAL	2921

Fonte: Gerência da Qualidade - SES/GO.

Posteriormente, no ano de 2005, lançou-se o Programa “Posso Ajudar?: Uma Estratégia para Melhor Acolher”. Seu principal objetivo: promover o acolhimento do cidadão usuário do SUS que busca atendimento nas unidades de saúde do estado, de forma resolutiva e ágil. Para isso, promove a melhoria dos processos de trabalho das Unidades gerenciadas pela SES,

visando a redução do tempo de espera nas filas, dos custos, a melhora da ambiência, e conseqüente aumento da satisfação de nossos usuários. Uma das grandes inovações obtidas pela área, através de parceria com a Superintendência de Controle e Avaliação, foi a regulação do atendimento no Hospital de Urgência de Goiânia e no Hospital Materno Infantil, com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco.



Nos gráficos acima podemos observar que com a implantação do acolhimento com classificação de risco diminuiu a média de atendimento a pacientes no Hospital Materno Infantil (HMI), no período de janeiro e agosto de 2007 e entre o período de janeiro a outubro de 2007, no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO). Esses números reduziram em função da implantação da regulação e encaminhamento dos casos classificados como azul à rede básica de saúde.

Outra atividade relevante desenvolvida neste eixo foi a busca da Certificação do Laboratório Central- LACEN, Hospital de Medicina Alternativa e Hospital de Doenças Tropicais, no ano de 2006, segundo a norma ISO 9000 com o fim de gerar qualidade para transformá-la em algo permanente dentro do ambiente de trabalho.

Por meio do Convênio de Cooperação técnica Goiás-Quebec, em 2007, foi implantado o Serviço de Proteção ao Usuário do SUS em Goiás; hoje: **Ouvidoria - Um serviço de proteção ao usuário do SUS em Goiás.**

A par de todos os avanços demonstrados com os resultados discriminados anteriormente e, objetivando a construção do Plano Estadual de Saúde, foram levantados os problemas que atualmente impedem a continuidade das ações de melhoria da qualidade na prestação dos serviços de saúde.

São eles:

1. A inadequação da infra-estrutura da rede de saúde (física, RH, equipamentos) de acordo com as normas vigentes;
2. Ineficácia dos processos de trabalho e inexistência de POPs em varias áreas da SES;
3. Não se utiliza das ferramentas de gestão oferecidas pelo MS (Gespública, SomaSUS, MultiplicaSUS,IPPS,Programa Nacional de Custos,etc);
4. Os protocolos clínicos não estão definidos na SES e tampouco nas Unidades;
5. Não existe uma política de premiação e valorização das unidade que promovem a melhoria contínua de seus processos;
6. Não dispomos de um programa sistemático de responsabilidade social;
7. Não dispomos de uma política de “Cuidar do Cuidador”;
8. Não temos um programa de preservação do meio ambiente.

3.3 - Descentralização e Regionalização

A descentralização deve ser entendida como transferência de competência de um nível central de governo para outro, que possua autonomia. Pretende-se atender às dimensões políticas, através da transferência de poder que favoreça a organização, a participação social e administrativa, na busca de maior eficiência e eficácia na gestão pública.

O processo de descentralização em Goiás teve início em meados da década de 90 com a transferência do gerenciamento das unidades básicas de saúde para os municípios.

A publicação da Norma Operacional Básica – NOB/96, com a instituição do Piso de Atenção Básica – PAB e a definição de recursos de transferência automática para os municípios induziram fortemente a municipalização, o que ampliou consideravelmente o acesso da população aos serviços de saúde. Até o ano de 2000 todos os municípios do estado estavam habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica. Na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, poucos municípios foram habilitados.

Um dos avanços da NOB 96 foi trazer para o cenário da descentralização as demais áreas, como as Vigilâncias.

Com a publicação da Norma Operacional da Atenção à Saúde – NOAS/ 2001 e a de 2002 os municípios se qualificaram na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – PABA e apenas 22, na Gestão Plena do Sistema Municipal. A partir da publicação das portarias 399/06 e 699/06, que instituíram as Diretrizes do Pacto pela Saúde e o Pacto de Gestão, todos os

municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, se tornarão responsáveis pela gestão da atenção à saúde da sua população.

“Estabelecer o processo de regionalização busca garantia da acessibilidade, integralidade e equidade. O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridade de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas, respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis”.

O processo de regionalização deve contemplar sistemas completos que visem garantir o acesso facilitado do usuário a todos os serviços necessários. A facilidade de acesso significa, principalmente, garantir a menor distância possível entre o usuário e o serviço. Além disso, a responsabilidade pela qualidade e pelos encaminhamentos deve ser dos gestores e não dos usuários. Observa-se a pouca resolubilidade da atenção básica em alguns municípios, levando a necessidade de consolidação de redes que permitam a assistência aos usuários em todos os níveis de atenção tendo como eixo estruturante a atenção básica.

No processo de organização e regionalização dos serviços de atenção à saúde é imprescindível destacar a implantação do Plano Diretor de Regionalização – PDR, do Plano Diretor de Investimentos - PDI e da Programação Pactuada Integrada – PPI como principais instrumentos de gestão buscando garantir a integralidade da assistência.

O processo de elaboração do PDR iniciou no estado de Goiás em 2001, com ampla discussão com os gestores municipais, controle social, técnicos das áreas da SES, conforme estabelecia a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS/01-02 na consolidação do processo de descentralização por meio da regionalização da assistência à saúde no estado de Goiás.

Os critérios utilizados para elaboração do PDR foram os levantamentos dos dados epidemiológicos, as características demográficas e geográficas para acesso aos serviços, os fluxos dos usuários na rede de serviços de saúde e o tipo de habilitação de cada município. No PDR, além do desenho territorial das Regionais de Saúde no Estado, consta o levantamento de toda a capacidade instalada dos serviços de saúde cadastrados no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, a existência de serviços especializados de

média e alta complexidade, a Programação Pactuada e Integrada – PPI baseada nos parâmetros de necessidades da população, o Plano Diretor de Investimento – PDI para suprir as lacunas existentes em equipamentos e serviços e o Plano Diretor de Controle, Regulação e Avaliação.

O PDI embora elaborado não foi executado, devendo ser atualizado e efetivado. O PDR deverá ser atualizado de acordo com as diretrizes do Pacto de Gestão.

A Programação Pactuada e Integrada se destaca por sua importância na estruturação do sistema de saúde com ênfase na organização dos serviços, bem como no fornecimento de subsídios para a regulação do acesso.

As Programações em curso foram elaboradas em consonância com as diretrizes da política de descentralização contidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Entretanto, importantes alterações nos processos de qualificação da gestão dos municípios e estados, bem como mudanças nos mecanismos de alocação e transferência de recursos, foram dispostas na portaria GM/399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova suas diretrizes operacionais. Neste sentido, foi editada a portaria nº 1.097/GM de 22 de maio de 2006, que define as novas diretrizes para o processo de Programação Pactuada e Integrada e aponta seus objetivos e eixos orientadores.

Estas definições estão orientando a formulação da nova lógica de Programação Pactuada e Integrada por parte do Ministério da Saúde, o que está acontecendo de forma compartilhada com as Secretarias Estaduais de Saúde, onde estão sendo oferecidos apoio e assessoria técnica na composição das bases estaduais que servirão de proposta para esta nova programação.

A organização político-administrativa do estado compreende 246 municípios agrupados, na área da saúde, em 05 macrorregiões e 16 microrregiões (Quadro 41). Sendo que a maior concentração populacional encontram-se nas macrorregiões Centro–Oeste e Nordeste.

Quadro 41 - Regionalização do Estado Goiás- PDR/GO. 2007

MACROREGIÃO	MICRORREGIÃO	QTD MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
CENTRO OESTE	CENTRAL	25	2.746.427
	CENTRO SUL	25	
	RIO VERMELHO	18	
	OESTE I	16	
	OESTE II	13	
NORDESTE	ENTORNO NORTE	17	1.142.849
	ENTORNO SUL	07	
	NORDESTE	07	
CENTRO-NORTE	NORTE	13	972561

	SERRA DA MESA	09	
	PIRINEUS	12	
	SÃO PATRÍCIO	12	
SUDOESTE	SUDOESTE I	17	509.594
	SUDOESTE II	17	
SUDESTE	ESTRADA DE FERRO	18	469.192
	SUL	13	
TOTAL		246	5.840.653

Fonte: SPLAN/SES

A descentralização das ações de Vigilância Sanitária tem sido gradativa não acompanhando o processo de municipalização do SUS. Para reverter esta realidade a SVISA em conjunto com ANVISA utilizaram como instrumento de fortalecimento desse processo a elaboração do Plano Diretor de VISA-PDVISA, como um mecanismo de planejamento e integração, que reconhece as diversidades e especificidades loco regionais. Muitas ações de VISA ainda são executadas pelo Estado e a assunção gradativa dessas atividades pelos municípios será incentivada por meio de elaboração do Plano de Ação de VISA, sendo este o mecanismo de legitimação para o repasse de recurso para o seu custeio.

Regionais de Saúde

As Regionais de Saúde estão distribuídas no estado de Goiás em 15 microrregiões com Sede em municípios Pólos: Goiânia, Anápolis, Porangatu, Uruaçu, Ceres, Itumbiara, Catalão, Goiás, São Luiz dos Montes Belos, Iporá, Luziânia, Formosa, Campos Belos, Jataí, Rio Verde. A microrregião Central está dando suporte à microrregião Centro-Sul, até que a última seja implantado, que provavelmente terá a sede administrativa em Aparecida de Goiânia.

A estrutura organizacional das Regionais de Saúde é composta em linha, por uma Gerência e cinco Supervisões sendo;

- Supervisão Regional de Programação em Saúde e Vigilância Epidemiológica;
- Supervisão Regional de Apoio a Gestão e Informação em Saúde;
- Supervisão Regional de Controle, Regulação e Avaliação e Apoio ao Desenvolvimento da Assistência;
- Supervisão Regional de Apoio Administrativo
- Supervisão Regional de Vigilância Sanitária e Ambiental

As Regionais de Saúde, segundo o Plano Diretor de Regionalização, é uma instância administrativa estadual, desconcentrada, que imprime eficiência e efetividade à descentralização

do sistema de serviços de saúde, promovendo a articulação e a otimização da oferta e do acesso às ações e serviços de saúde, de forma equânime.

A desconcentração do poder nos processos decisórios abre um leque de participação democrática que garante maior proximidade entre Estado e Municípios.

O processo de descentralização e regionalização é um eixo estratégico para alcançar os objetivos do Sistema Único de Saúde, com sua característica democrática.

As Regionais de Saúde devem ser reestruturadas, contando com maior apoio do nível Central, em especial a Gerência de Apoio as Regionais, com fortalecimento gerencial, dentro de uma nova dinâmica, com capacidade de cooperação técnica e financeira junto aos municípios jurisdicionados.

Considerando a Série Pactos pela Saúde 2006, cuja referência: “um processo de regionalização qualificado requer governos locais valorizados que levem estados e municípios a assumirem, efetivamente, os papéis que lhes cabem na definição, exercício e execução das ações, em seus respectivos territórios”, os Projetos regionais, com suas desigualdades e especificidades de cada região, necessitam de flexibilidade e autonomia, abrindo espaço à inovação e à auto sustentabilidade.

Cabe às administrações regionais, acompanhar de perto os processos dos municípios pertencentes à referida região, identificando e mapeando os problemas que precisam ser enfrentados, com articulações compartilhadas, para juntos encontrar soluções, e assim garantir a governabilidade na execução das ações de saúde, melhorando o acesso da população aos serviços de saúde. Para tal, deve existir o estabelecimento de prioridades e estratégias para as questões regionais, respeitando as diretrizes, políticas e objetivos definidos pelas SES;

Dentro do âmbito de suas competências, cabe às Regionais de Saúde: Apoio técnico e assessoramento às Secretarias Municipais de Saúde e às Instâncias Colegiadas Gestoras dos municípios na formulação da política municipal de saúde; formulação de proposições de adequações técnico-administrativas e intervenções no âmbito regional.

As administrações regionais devem cooperar junto aos municípios, na execução de ações e serviços de saúde em situações de emergências e/ou especiais;

As administrações Regionais passam por uma série de dificuldades, que foram se agravando ao longo dos anos e precisam ser sanadas com respostas urgentes. Entre outras citam - se:

- Atraso de repasses financeiros (fundo rotativo), e não permissão para utilizar este recurso em algumas necessidades básicas: combustível, reforma e manutenção de veículos, material de consumo, diárias de servidores, etc.

- Déficit no quadro de servidores administrativos e técnicos das equipes de supervisão;
- Pouca qualificação de alguns gestores e técnicos, necessitando de educação permanente em saúde;
- Precária estrutura física e equipamentos antigos e sucateados nas sedes próprias das Regionais, necessitando de reforma,
- Alugueis dos prédios de algumas Regionais (Formosa, São Luiz de Montes Belos, Anápolis) atrasados, com dificuldades no trâmite destes processos;
- Sede da regional Nordeste, Campos Belos, de difícil acesso, necessitando de revisão de acordo com PDR;
- Telefonia e energia elétrica das regionais de Ceres e Itumbiara com dificuldades na agilização de pagamentos de contas de consumo;
- Falta de integração entre as Regionais de Saúde e com o nível central;
- Atrasos nos pagamentos das diárias;

A Gerência de Apoio às Regionais propõe para solucionar os problemas acima citados:

- Regularização dos repasses financeiros (fundo rotativo), com continuidade do termo aditivo de convênio entre o cartão TICKET CAR e a SES;
- Realização de concurso público para suprir déficit de recursos humanos, conforme estudo realizado;
- Qualificação em educação permanente em saúde para gestores e técnicos de saúde;
- Reformas das sedes das Regionais de Saúde;
- Regularização dos alugueis atrasados e adequação de mudanças de algumas regionais para sede própria:
 - Formosa - passaria para o prédio no município de Posse;
 - São Luiz de Montes Belos- verificar possibilidade de adquirir sede própria, conforme processo de compra em andamento
 - Anápolis - voltaria para antiga sede após uma reforma do prédio. Este prédio é do Estado, mas necessita de uma ampla reforma;
 - Estudar com o PDR qual melhor solução para sede da Região Nordeste;
 - Pagamento em dia das contas de telefone e energia elétrica de Ceres e Itumbiara;
 - Providenciar reforma da rede de frios (geradores, ar condicionados, reparos em ambientes);
 - Implantar Colegiado de Integração das Regionais de Saúde, com reuniões periódicas a cada três (3) meses, com o nível central;
 - Pagamentos das diárias em tempo hábil;

Colegiados de Gestão Regional

A necessidade de qualificar e fortalecer a descentralização do sistema de saúde contribuiu para que a regionalização, diretriz do SUS, fosse considerada o eixo estruturante do Pacto de Gestão. Gestores das três esferas do sistema pactuaram um conjunto de ações que permite identificar e reconhecer as diferentes realidades loco-regionais. Elas se concretizam por meio das regiões de saúde, criando um movimento de interação entre unidades e serviços de saúde e

constituindo espaços regionais de planejamento e co-gestão, os **Colegiados de Gestão Regional (CGR)** – dos quais participam todos os gestores dos territórios abrangidos pelas regiões de saúde.

Imprescindível a um processo de regionalização qualificado, o **Colegiado de Gestão Regional (CGR)** deve operar como espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária, garantindo e aprimorando a aplicação dos princípios do SUS. Suas decisões devem se dar sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e o comprometimento de todos com os compromissos pactuados. O CGR deve ser composto por todos os gestores municipais de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde e por representantes do gestor estadual.

Em Goiás, já foram constituídos os **Colegiados de Gestão Regional** nas 16 Regiões de Saúde, conforme quadro abaixo:

Quadro 42- Colegiados de Gestão Regional do Estado de Goiás

ORDEM	REGIÃO /RESOLUÇÕES
01	Região Sul - Resolução CIB Nº. 002/07 de 26/01/07
02	Região Nordeste – Resolução CIB Nº. 003/07 de 26/01/07
03	Oeste II - Resolução CIB Nº. 005/07 de 26/01/07
04	Oeste I - Resolução CIB Nº. 012/07 de 14/02/07
05	Região Central - Resolução CIB Nº. 013/07 de 14/02/07
06	Região Centro Sul - Resolução CIB Nº. 014/07 de 14/02/07
07	Região Entorno Sul - Resolução CIB Nº. 015/07 de 22/02/07
08	Região Rio Vermelho - Resolução CIB Nº. 019/07 de 08/03/07
09	Região Entorno Norte - Resolução CIB Nº. 023/07 de 26/03/07
10	Região Pireneus - Resolução CIB Nº. 024/07 de 26/03/07
11	Região Norte - Resolução CIB Nº. 025/07 de 28/03/07
12	Região Sudoeste I - Resolução CIB Nº. 054/07 de 18/04/07
13	Região Sudoeste II - Resolução CIB Nº. 055/07 de 19/04/07
14	Região São Patrício - Resolução CIB Nº. 065/07 de 30/05/07
15	Região Estrada de Ferro- Resolução CIB Nº. 074/07 de 01/06/07
16	Região Serra da Mesa- Resolução CIB Nº. 082/07 de 27/06/07

Fonte: CIB/GO

Além desses colegiados encontra-se instalado o Colegiado de Gestão da Saúde da RIDE/DF, que deve coordenar as ações de saúde da Região de Brasília e entorno. O mesmo é integrado por:

- Secretários Municipais de Saúde de todos os municípios que compõem a Região da RIDE-DF, ou seus representantes, legalmente indicados;
- Secretário Estadual de Saúde de Goiás ou seu representante, legalmente indicado;
- Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais ou seu representante, legalmente indicado;
- Secretário Estadual de Saúde do Distrito Federal ou seu representante, legalmente indicado,

- Diretor de cada Regional de Saúde do Distrito Federal ou seu representante, legalmente indicado.

Redes de Atenção à Saúde

Com a orientação do Ministério da Saúde e buscando melhor organizar os serviços de saúde e conseqüentemente prestar uma assistência contínua à população do estado iniciou-se o processo de Conformação de Redes de Assistência à Saúde. Esse processo além de ampliar a descentralização dos serviços, estabelece mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais que garantem o acesso dos cidadãos aos serviços, de acordo com suas necessidades, o mais próximo possível do seu local de residência.

Nesse sentido, foram organizados os serviços para atendimento em média e alta complexidade em diversas áreas da saúde, sendo:

Rede de atenção em cardiologia;

Rede de atenção em nefrologia;

Rede de atenção em traumato-ortopedia;

Rede de assistência aos trabalhadores com exposição ao material biológico;

Rede de monitoramento terapêutico do HIV/AIDS;

Rede estadual de diagnósticos de infecção pelo HIV (pactuada, porém não concluída, o MS fez várias ressalvas que estão em fase de revisão e terá que ser pactuada novamente);

Rede de atenção oncológica;

Rede de assistência à pessoa com deficiência auditiva;

Rede de assistência à pessoa com deficiência motora, física e múltipla;

Rede de serviços sentinelas para a implantação da vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho;

Rede de assistência às mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência sexual;

Rede de assistência ao trabalhador acidentado com exposição ao material biológico;

Rede de hospitais de referência estadual.

Além destas, estão sendo organizadas as seguintes:

Rede de diagnóstico da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana

- HIV;

Rede de diagnóstico e tratamento das hepatites;

Rede de atenção em neurologia;

Rede de atenção à saúde do idoso;

Rede de atenção a saúde mental;

Rede de serviços existentes para atendimento aos possíveis casos de efeitos adversos da vacina contra rotavírus;

Rede de leitos existentes para internações psiquiátricas no estado de Goiás/louco infrator;

Rede de enfrentamento à pandemia de influenza (gripe aviária);

Rede de atenção à saúde do adolescente em conflito com a lei;

Rede de atenção à saúde bucal.

Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE/DF

Em 2008, a Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE/DF completa 10 anos de existência. Conforme a Lei Complementar Nº. 94/1998, tal rede foi criada, adotando como lógica, a integração de ações entre União, Estados e Municípios na solução dos problemas vivenciados pelas populações do chamado “Entorno do DF” e suas relações com Brasília, bem como, promovendo o fortalecimento da ação pública naquela localidade.

Os integrantes desta Região são: Distrito Federal (DF); Abadiânia (GO), Água Fria de Goiás (GO), Águas Lindas de Goiás (GO), Alexânia (GO), Cabeceiras (GO), Cidade Ocidental (GO), Cocalzinho de Goiás (GO), Corumbá de Goiás (GO), Cristalina (GO), Formosa (GO), Luziânia (GO), Mimoso de Goiás (GO), Novo Gama (GO), Padre Bernardo (GO), Pirenópolis (GO), Planaltina de Goiás (GO), Santo Antônio do Descoberto (GO), Valparaíso (GO), Vila Boa (GO); Cabeceira Grande (MG), Buritis (MG) e Unaí (MG).

Um fator importante para a análise da situação atual da área de abrangência da RIDE é a formatação da região de influência imediata – Entorno do DF, em especial nos municípios caracterizados como aglomerados populacionais, “cidades dormitórios”, fornecedores de mão-de-

obra pouco qualificada para Brasília, com baixo dinamismo econômico, e expressiva relação de dependência com o DF.

Os municípios que compõem esta Região apresentaram processos de formação diferenciados sendo que alguns surgiram no início do século XVIII, no período do ciclo do ouro e outros foram criados por desmembramentos sucessivos, especialmente a partir de 1950. Nessa década, os municípios de Planaltina de Goiás e Luziânia tiveram seus territórios reduzidos para implantação do Distrito Federal. A grande demanda de matérias-primas e mão-de-obra para a construção de Brasília passou a ser atendida pelos Municípios do Entorno, estabelecendo-se, assim, fluxos migratórios desses municípios para o Distrito Federal.

O crescimento dos municípios vizinhos deu-se pela agregação de precários loteamentos, especialmente em Luziânia, Santo Antônio do Descoberto e Planaltina de Goiás, devido ao intenso fluxo migratório, à falta de uma política habitacional e ao elevado custo de vida no DF. Além desses aspectos, a rígida legislação urbanística e o alto custo da terra no DF, coadunado com o intenso fluxo migratório para a Capital do País, impulsionaram a expansão da ocupação na Região do Entorno. Na década de setenta o setor imobiliário passou a explorar a Região e, com isto, começaram a proliferar os loteamentos. Surgiram os distritos de Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso, Novo Gama, Cidade Ocidental, Jardim Ingá, Parque Estrela D'alva, dentre outros. Os quatro primeiros, limítrofes ao DF, já foram desmembrados tornando-se municípios independentes. Ainda hoje, Luziânia recebe grande parte do excedente populacional do Distrito Federal.

Segundo o IBGE (2005), cerca de 40% dos municípios brasileiros tiveram baixo crescimento demográfico anual. Apenas 654 municípios, ou 11,9% do total, apresentaram um ritmo de crescimento anual superior a 3,0%. Eles concentravam 25,6 milhões de habitantes, o que correspondia a 15,1% da população residente no País em 2000. Na região Centro-Oeste, foram destacados, além do conjunto de municípios do norte do Mato Grosso, os municípios do entorno de Brasília, fruto da ocupação demográfica dos últimos 20 anos. No período de 2000 a 2002 Goiás apresentou um crescimento populacional de 4,1% acima da média brasileira, enquanto a Região Entorno Sul alcançou um crescimento populacional de 10%, única região, onde todos os municípios apresentaram taxas positivas de crescimento e as mais altas quando comparadas às taxas dos demais municípios do Estado¹.

Os serviços públicos prestados nesses municípios são precários, ou mesmo insuficientes para a sua realidade populacional, conseqüentemente, impondo ao DF o acolhimento

¹ Esses estudos demográficos somente serão atualizados com a realização do próximo censo de população, em 2010.

da demanda não atendida, conforme pode ser confirmada com informações da saúde: Em 2006, 22,61% das internações e 11,20% das emergências foram de pacientes do Entorno. O alto grau de dependência econômica e social dos municípios inseridos na RIDE em relação ao DF decorre de um ciclo que vem se perpetuando e intensificando por conta, principalmente, de um modelo de gestão que desconsiderou a integração das ações conjuntas e, mais do que isso, era resultante de uma concepção predatória da relação entre os entes federados.

No que se refere aos indicadores sociais do entorno do Distrito Federal, o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH² é extremamente desigual, sendo o da região Entorno Sul o maior, se comparado às demais regiões. Isso acontece devido ao acesso dessa população aos serviços públicos, principalmente saúde e educação, no Distrito Federal. Cabe destacar que o IDH do Estado de Goiás é de 0,776 e o do Distrito Federal é o maior entre os apurados para todas as Unidades da Federação - 0,844 em 2000 –, decrescendo este índice para 0,749 quando considerados, em conjunto, o DF e seu entorno. Tal como nos demais estados brasileiros, a educação foi o componente que mais influenciou no aumento do IDH da região, de 1991 a 2000, sendo que em alguns municípios sua participação foi maior que 50% do acréscimo.

No que se refere ao abastecimento de água, observa-se que 10 municípios apresentam cobertura superior a 80%, com destaque para Pirenópolis (96,22%) e Alexânia (95,10%). Apenas dois municípios têm cobertura inferior a 50,00% - Luziânia (35,15%) e Águas Lindas (41,46%). Chama a atenção que a maioria dos municípios não dispõe de rede de esgoto. O município de Cidade Ocidental é o que possui a maior cobertura (44,31%). Em todos os municípios há coleta de lixo, sendo que Valparaíso de Goiás apresenta a maior cobertura (92,77%) e Águas Lindas de Goiás a menor (32,78%). Ainda é bastante elevado o percentual de lixo não coletado.

No que se refere à mortalidade, pode-se dizer que as afecções originárias no período perinatal são as principais causas entre os menores de 1 ano, correspondendo a 49% das mortes. Nas faixas etárias mais jovens prevalecem as causas externas, tais como: os acidentes de transporte, afogamentos, agressões. Entre os mais velhos, as principais causas de mortalidade estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório.

A mortalidade por causas externas predomina em 9 municípios e aparece em segundo lugar em 11 municípios. No município de Vila Boa essas causas representam 80% das mortes na faixa etária de 20 a 49 anos. Quanto às doenças do aparelho circulatório, estas correspondem às

² O IDH representa em uma única expressão numérica, a longevidade, educação e renda dos municípios. Quando o valor se encontra no intervalo de 0,000 a 0,499 o IDH é considerado baixo; entre 0,500 a 0,799, médio e entre 0,800 a 1,000, alto. O mapa abaixo apresenta a situação em tal região.

principais causas em 13 dos municípios e aparecem em segundo lugar nos demais. De maneira distinta do observado para a maior parte da região, as doenças infecciosas e parasitárias ainda predominam como causas de mortalidade em Cabeceiras (28,6%) e Mimoso (27,3%).

Quanto à taxa de mortalidade infantil observa-se que em 2005, cinco dos municípios da RIDE/DF apresentaram uma taxa bem acima da calculada para o Brasil, ou seja, acima de 17,9 óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos – Cocalzinho: 28,1; Água Fria: 25,0; Pirenópolis: 23,6; Corumbá: 22,4; Padre Bernardo: 21,5. Essas taxas sobressaem ainda mais quando comparadas à da região Centro-Oeste (17,2), à de Goiás (16,1) e à do DF (13,9) no mesmo ano. Vale ressaltar que a taxa de mortalidade infantil calculada para o DF em 2006 é de 13,2. Uma grande parte da responsabilidade por essas diferenças observadas vem sendo atribuída às deficiências da atenção à saúde na região, como descrito a seguir.

Quanto à atenção primária, percebe-se uma expressiva flutuação em todos os indicadores da região, refletindo as dificuldades de fixação de profissionais e de estruturação dos serviços. Não é possível descartar, também, problemas relacionados ao registro e processamento de informações. Consideradas todas essas questões, torna-se clara a necessidade de uma readequação na organização e na gestão da Atenção Primária, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população.

No que se refere à atenção de média e alta complexidade, as principais causas de hospitalização não diferem do observado nas demais regiões do país e do Estado, como já apresentado neste plano.

Outro fator comum a esta região é a migração de seus habitantes para o Distrito Federal, que buscam atenção à saúde, notadamente nos procedimentos de maior complexidade ambulatorial e hospitalar. É importante observar que, em virtude da inexistência de municípios no território do DF, as informações relacionadas ao local de residência dos pacientes atendidos são pouco valorizadas pelos responsáveis pela coleta de dados, o que resulta em sub registro de pacientes de outros estados.

Frente aos problemas apresentados, a partir de outubro de 2007, com a constituição do Colegiado de Gestão da Saúde da RIDE/DF, desenvolveu-se um Plano de Ação para o período de 2008 a 2010. Os objetivos contidos neste documento priorizaram algumas ações consideradas essenciais à melhoria do acesso da população desta região. Dois componentes foram adotados: I - Atenção Básica e II - Média e Alta Complexidade.

3.4 - Financiamento

O SUS foi criado para ser o sistema de saúde de todos os brasileiros, com qualidade, eficiência, eficácia, resolubilidade e democracia.

O financiamento das ações e serviços da saúde executados pelo SUS 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. O novo texto assegura a efetiva co-participação da União dos Estados e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Foi preconizado um percentual mínimo de aplicação pelo governo estadual de 12% e o municipal de 15%, da receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais. Quanto ao nível federal até o exercício financeiro de 2004, era aplicado o equivalente ao montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB. Esta diretriz continuou prevalecendo até a regulamentação da Emenda Constitucional, 29 no dia 9 de abril de 2008, através do Projeto de Lei número 121/07, o qual estabelece que a União deva aplicar progressivamente de sua receita corrente bruta do exercício financeiro anterior, 8,5% em 2008, 9,0% em 2009, 9,5% em 2010, e 10% a partir de 2011.

A análise nos estados brasileiros dos balanços gerais, referente aos exercícios sociais, no tocante à aplicação mínima de recursos próprios em gastos com ações e serviços públicos de saúde, de acordo com o estabelecido pela Emenda Constitucional nº. 29, é feito 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.

Segundo o texto "Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde", de Ugá e Santos, entre *“os tributos que financiam o SUS estão COFINS, CPMF, IPI, ICMS, ISS, imposto de Renda Pessoa Física (IRPF), IPTU E IPVA, que são responsáveis por 70% do financiamento público do sistema de saúde”*.

O Fundo Estadual de Saúde de Goiás recebe repasses de recursos do Tesouro Estadual e do Fundo Nacional de Saúde na forma de: fundo a fundo, pagamento direto a prestadores de serviços e a beneficiários cadastrados, contratos de repasses e convênios. A alocação desses recursos destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde para a população e fortalecimento da gestão.

O quadro abaixo apresenta a evolução do percentual mínimo de despesa própria do Estado, com Saúde, na Receita Líquida de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais demonstrando o cumprimento das metas da EC nº29.

Quadro 43 - Evolução do Percentual Mínimo da Despesa Própria com Saúde/Receita Líquida dos Impostos para cumprir a Emenda Constitucional nº29.

ANO	% APLICADO	MÍNIMO Á APLICAR
2003	10,64	11,75
2004	12,22	12,00
2005	12,05	12,00
2006	12,04	12,00
2007*	12,02	12,00

Fonte: Relatório Resumido da Execução Orçamentária/SIOFI-NET
 * - Falta o fechamento do Balanço de 2007.

Os Recursos do Tesouro chegam sempre sem planejamento e com atraso, dificultando a capacidade de negociação e compra. Os valores disponibilizados não têm atendido as necessidades financeiras e orçamentárias, estão sempre aquém do necessário para atender a Saúde Pública Estadual.

No seguinte quadro, apresenta-se a distribuição dos recursos próprios do Tesouro Estadual constante no orçamento do setor saúde, classificando as despesas correntes e despesas de capital no período de 2004 a 2007. O item Outras Despesas Correntes envolve as despesas necessárias à prestação de serviços em geral, manutenção de equipamentos e à manutenção da ação da administração como, por exemplo, de material de consumo e contratação de serviços de terceiros. As Despesas de Capital são as realizadas com o propósito de formar e/ou adquirir ativos reais, abrangendo, entre outras ações, o planejamento e a execução de obras, a compra de instalações, equipamentos e materiais permanentes.

Quadro 44 - 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, relativo ao período de 2004 a 2007.

ANO	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	%	DESPESA DE CAPITAL	%	TOTAL
2004	136.346.904,73	92,45	11.137.877,55	7,55	147.484.782,28
2005	167.355.929,63	94,84	9.099.703,49	5,16	176.455.633,12
2006	161.754.168,53	88,27	21.493.075,61	11,73	183.247.244,14
2007*	256.445.194,18	95,08	13.274.681,38	4,92	269.719.875,56
TOTAL	721.902.197,07		55.005.338,03		776.907.535,10

Fonte: SIOFI-NET

* - Falta o fechamento do Balanço de 2007

Ao analisarmos a aplicação de recursos do Tesouro Estadual nos anos de 2006 e 2007, verificamos que houve um aumento de 47,18% na aplicação dos recursos no último ano.

A aplicação mais relevante em termos monetários foi a destinada à Assistência Hospitalar e ambulatorial.

Quadro 45 - Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados à Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupo de despesa e por subfunções relativo a 2006.

DEMONSTRATIVO DE DEPESA COM SAÚDE EM 2006 - RECURSOS TESOUREO ESTADUAL				
POR SUBFUNÇÕES	CATEGORIA ECONÔMICA		TOTAL	%
	CORRENTE	CAPITAL		
ATENÇÃO BÁSICA	180,00	0,00	180,00	0,0001
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	148.568.057,83	21.110.658,48	169.678.716,31	92,5955
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	7.700,00	0,00	7.700,00	0,0042
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	1.178.182,33	8.599,29	1.186.781,62	0,6476
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	0,00	0,00	0,00	0,0000
OUTRAS SUBFUNÇÕES	12.000.048,37	373.817,84	12.373.866,21	6,7526
TOTAL	161.754.168,53	21.493.075,61	183.247.244,14	100,00

Fonte: SIOFI-NET

Quadro 46 - Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados à Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupo de despesa e por subfunções relativo a 2007.

DEMONSTRATIVO DE DESPESA COM SAÚDE EM 2007* - RECURSOS TESOIRO ESTADUAL				
POR SUBFUNÇÕES	CATEGORIA ECONÔMICA		TOTAL	%
	CORRENTE	CAPITAL		
ATENÇÃO BÁSICA	22.944.377,30	0,00	22.944.377,30	8,51
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	206.392.709,11	2.912.286,26	209.304.995,37	77,60
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	2.887.784,95	630,00	2.888.414,95	1,07
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	7.700,00	0,00	7.700,00	0,00
OUTRAS SUBFUNÇÕES	24.212.622,82	10.361.765,12	34.574.387,94	12,82
TOTAL	256.445.194,18	13.274.681,38	269.719.875,56	100

Fonte: SIOFI-NET –

* Falta o fechamento do balanço de 2007.

A Secretaria Estadual de Saúde, em 2007, através da Portaria n.º37 instituiu o co-financiamento da estratégia saúde da família, participando com um incentivo equivalente a 25% do valor repassado pelo Ministério da Saúde por Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. Esta Portaria prevê um repasse para cada município conforme o número de equipes implantadas e informadas mensalmente no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

Para o recebimento deste incentivo estadual, o gestor municipal deveria assinar um Termo de Compromisso, garantindo que as Equipes de Saúde da Família deveriam cumprir as recomendações da Portaria n.º. 648/GM/MS de 28 de março de 2006, obedecendo à lógica da mudança de modelo de Atenção à Saúde, atingindo metas pactuadas em alguns indicadores de saúde.

A Portaria Estadual n.º. 174/2007-GAB/SES publicada em 18 de outubro de 2007 suspendeu, temporariamente, a Portaria n.º. 037/2007-GAB/SES. A portaria n.º. 75/2008, de 11 de abril de 2008, suspendeu a Portaria n.º174/2007 e definiu que as parcelas que estavam em atraso seriam quitadas em 24 parcelas, sendo a primeira quitada no mês de maio/2008 e as demais nos meses subsequentes. Encontra-se em estudo a viabilização dos pagamentos dos débitos atuais.

Quanto aos **recursos federais do SUS** despendidos por ano, segundo tipo de despesa no período de 2004 a 2006 o MS viabilizou, através do Fundo Nacional de Saúde, por meio de

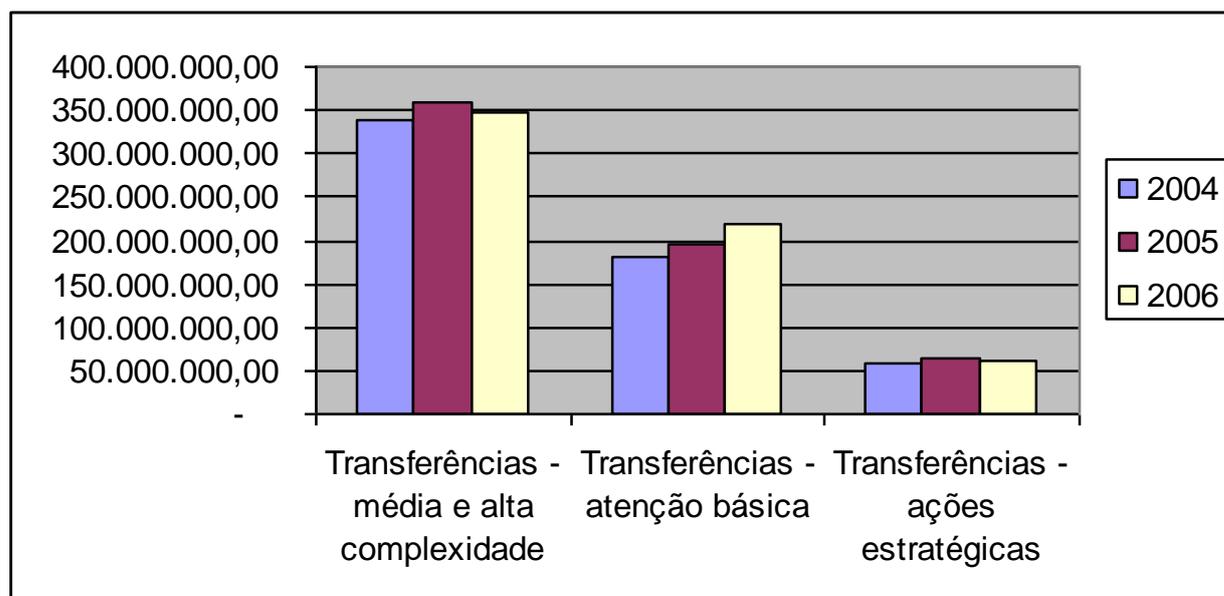
repasses fundo a fundo, pagamento direto aos prestadores de serviços ou através de convênios e/ou contratos, segundo dados do MS – SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde, conforme quadro abaixo:

Quadro 47 - Recursos federais do SUS – valor despendido por tipo de despesa, Goiás, 2004 a 2006

TIPO DE TRANSFERÊNCIA	2004	2005	2006
Transferências - média e alta complexidade	338.928.530,63	359.203.131,23	346.696.449,13
Transferências – atenção básica	181.467.329,45	196.239.201,76	218.668.224,41
Transferências - ações estratégicas	58.313.528,92	64.664.760,99	61.927.401,08
TOTAL	578.711.393,00	620.109.098,98	627.294.080,62

Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde

Gráfico 35 - Recursos federais do SUS – valor despendido por tipo de despesa, Goiás, 2004 a 2006.



Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde

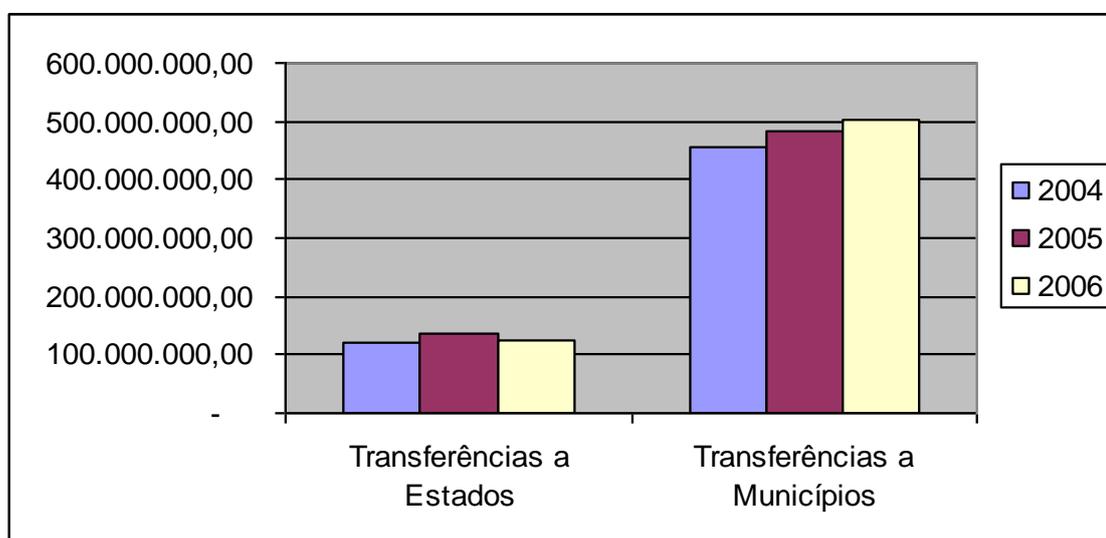
Os mesmos **recursos federais do SUS** despendidos por ano, estão abaixo, distribuídos segundo tipo de transferência no período de 2004 a 2006.

Quadro 48 - Recursos federais do SUS – valor despendido por tipo de transferência Goiás, 2004 a 2006.

TIPO DE TRANSFERÊNCIA	2004	2005	2006	Total
Transferências a Estados	122.661.498,72	136.901.082,60	123.343.867,26	382.906.448,58
Transferências a Municípios	456.047.890,28	483.206.011,38	503.948.207,36	1.443.202.109,02
Total	578.709.389,00	620.107.093,98	627.292.074,62	1.826.108.557,60

Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde

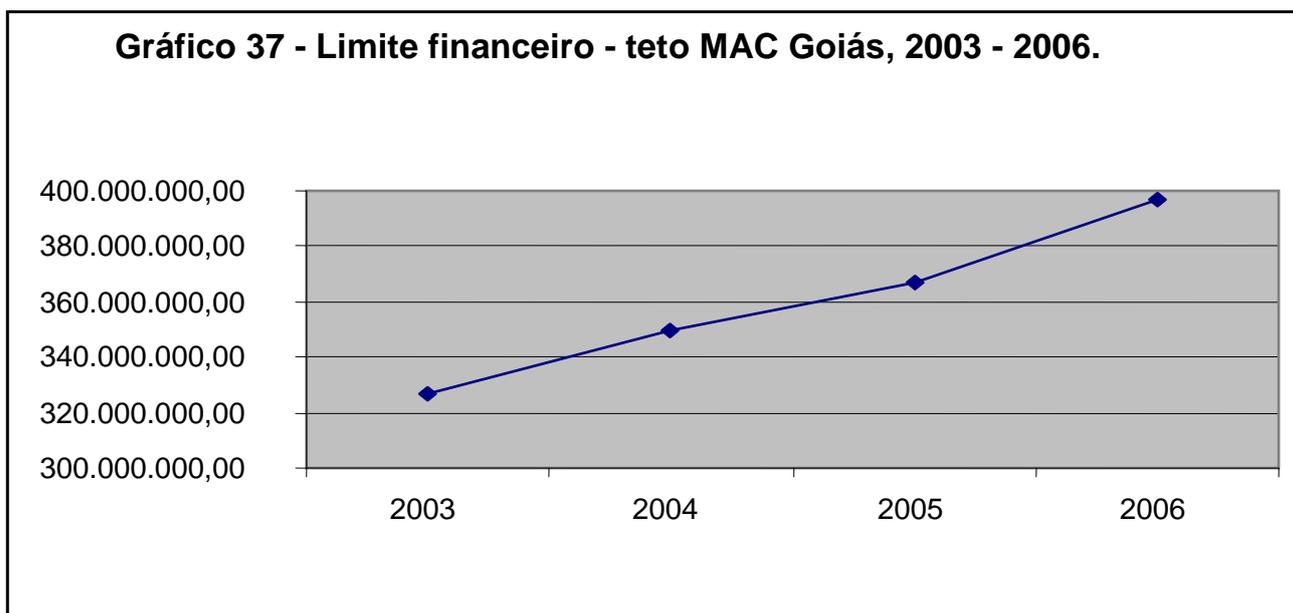
Gráfico 36 - Recursos federais do SUS – valor despendido por tipo de transferência Goiás – 2004 a 2006.



Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde

O limite de recursos financeiros federais para o custeio do atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, conhecido como teto MAC, com base na competência janeiro de 2003, era de R\$ 293.351.584,92, e em janeiro de 2006, correspondia a R\$ 364.138.348,52, o que representa um incremento percentual de 24,13%, quando comparados estes períodos.

No final do exercício de 2006, o teto MAC para Goiás era de R\$397.129.762,52 assim distribuídos: R\$ 280.749.866,52 repassados diretamente aos fundos municipais de saúde e R\$ 83.979.896,00 repassados, diretamente, ao fundo estadual de saúde.



**Quadro 49 - Evolução dos limites MAC por competência – valor anual.
Goiás, 2003 a 2006**

COMPETÊNCIA	2003	2004	2005	2006
JANEIRO	293.351.584,92	326.402.151,20	349.295.350,45	364.138.348,52
FEVEREIRO	293.351.584,92	328.659.407,84	349.295.350,45	364.138.348,52
MARÇO	293.351.584,92	328.659.407,84	349.295.350,45	364.138.348,52
ABRIL	293.351.584,92	328.659.407,84	350.231.411,40	364.138.348,52
MAIO	304.270.869,92	344.479.147,28	350.231.411,40	364.729.762,52
JUNHO	304.270.869,92	346.329.847,80	350.231.411,40	364.729.762,52
JULHO	304.270.869,92	349.197.847,80	350.231.411,40	364.729.762,52
AGOSTO	313.339.420,28	349.197.847,80	354.879.971,40	364.729.762,52
SETEMBRO	321.154.927,88	346.784.380,92	357.761.404,26	364.729.762,52
OUTUBRO	325.071.301,64	347.125.280,76	366.850.008,52	397.129.762,52
NOVEMBRO	326.402.151,20	347.125.280,76	366.850.008,52	397.129.762,52
DEZEMBRO	326.402.151,20	349.295.350,45	366.850.008,52	397.129.762,52
Variação % dez/jan	11,27	7,01	5,03	9,06

Fonte: MS/SAS/DERAC/Coordenação de Programação da Assistência

Na SPAIS concentra-se o maior número de repasses e convênios da SES, que são firmados pelo Secretário, através dos programas federais, encaminhando ao Ministério da Saúde, Fundo Nacional da Saúde e contratos entre entidades filantrópicas executados entre Gabinete/Assessoria Administrativa, Financeira e Técnica das áreas afins. Cada recurso é executado conforme Plano de Trabalho, quando se trata de Convênios.

Em relação aos repasses fundo a fundo é obedecido o que foi celebrado nas portarias ministeriais, são eles:

- Repasse do TF-VS - Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, com a destinação de desenvolver as ações de vigilância em Saúde;

- PAM – Plano de Ações e Metas, incentivo para promoção, prevenção, diagnóstico, assistência, desenvolvimento institucional e parcerias com OSC/ONGs no desenvolvimento de ações na área de DST/HIV/AIDS;

- CEREST Saúde do Trabalhador – Implantação em unidades de saúde de serviço para tratamento dos agravos relacionados à saúde do trabalhador;

- PLANVIG/ VIGISUS II - Incentivo para fortalecimento da gestão em vigilância em saúde nos estados pactuados em quatro anos.

E os recursos de convênios com o objetivo de fomentar e implementar as ações para prevenção e controle do câncer, rede de frio para a conservação imunobiológica, alimentação saudável – desenvolvimento das ações no âmbito da atenção básica em saúde, previsto na Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Capacitação e formação para multiplicadores e cuidadores de Idosos, Profissionais de Saúde Mental e Atenção ao Louco Infrator.

Em fevereiro de 2006 a Portaria nº. 399/GM divulgou o Pacto pela Saúde e suas diretrizes operacionais, estabelecendo um novo modelo de pactuação das ações de Vigilância Sanitária, substituindo o mecanismo de categorização das ações por nível de complexidade pelo Sistema de Gestão Solidária entre as esferas de governo considerando o enfoque de risco. No Termo de Compromisso de Gestão o primeiro conjunto das ações de VISA abrange elementos de estruturação para o financiamento dos serviços tais como: instalações físicas, equipamentos, dentre outros, e o segundo se refere ao controle sanitário exercido por meio de inspeção, monitoramento da qualidade de produtos dentre outras atividades pertinentes ao seu campo de atuação.

A execução das ações pactuadas será financiada com recursos federais que compõe o bloco Vigilância em Saúde-Teto Financeiro de VISA-TF VISA, e incentivo específico que tem como fonte as taxas de fiscalização sanitária arrecada pela ANVISA.

Os recursos financeiros repassados ao Estado serão aplicados na execução das ações de VISA assumidas pelo Estado e para a coordenação e acompanhamento das VISAS municipais. Aos municípios serão repassados recursos financeiros para a estruturação dos serviços (piso

estruturante) e, para a execução das ações pactuadas de acordo com seu plano de ação (plano estratégico).

3.5 - Participação Social

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás está organizando o seu sistema de saúde fundamentado em bases regionais visando assegurar o acesso a todos os cidadãos às ações e serviços de saúde, com o intuito de reduzir as desigualdades intermunicipais e inter-regionais, fortalecendo o controle social e oportunizando a participação do cidadão no processo de planejamento, avaliação e tomada de decisão. Além disso, busca uma participação mais direta dos cidadãos na determinação de prioridades, em matéria desses serviços e ações.

A participação da comunidade preconizada no inciso III do artigo 198 da C.F. de 1.988, na Lei n. 8.142/90 e na Resolução n. 333/2003-CNS, no Estado de Goiás, apresenta um cenário incipiente no que tange à capacidade de enfrentamento das necessidades de fortalecimento da participação e controle social do Sistema Único de Saúde - SUS.

O estágio da participação e controle social do SUS, em Goiás, apresenta um estado de fragilidade e baixa taxa de efetividade das ações dos conselhos de saúde, ainda que estes estejam, na esmagadora maioria, em funcionamento.

Há ausência, de ações protagônicas dos processos de mobilização social e institucional com vistas à superação de entraves relacionados, ao cumprimento do financiamento mínimo (EC-29/2000), ao ordenamento de uma política de pessoal capaz de responder às necessidades da rede de atenção à saúde, à descentralização das ações de média e alta complexidade, à implantação de mecanismos de transparência, de regulação e avaliação do sistema de saúde e, ao fortalecimento dos conselhos de saúde e, conseqüentemente, da gestão em saúde, dentre outros.

Os conselhos de saúde, seja o Estadual ou os Municipais, padecem das mesmas debilidades, faltam-lhes condições de trabalho. Ausências ou insuficiências das condições de espaço físico, de assessoramento técnico, de pessoal capacitado para serviços de apoio e financiamento das suas ações.

Essencialmente, os conselheiros (as), sofrem com a ausência ou insuficiência de conhecimentos sobre o exercício de suas atribuições e da organização e funcionamento do SUS.

Estima-se que na maioria esmagadora dos conselhos de saúde, em Goiás, têm regulamentação inadequada, os conselheiros não são capacitados, que as avaliações e deliberações sobre os instrumentos de gestão e das políticas de saúde, são feitas de forma cartorial.

Contudo, a implantação do Pacto Pela Saúde estabelece perspectivas alvissareiras para o fortalecimento da participação e controle social do SUS, à medida que, as metas de estruturação das condições de trabalho, da educação para controle social, da educação popular, do planejamento, do financiamento, da reorganização legislativa e da comunicação, informação e informática para o controle social permitem a elaboração e pactuação de compromissos que reforçam a ação dialógica e protagônica dos representantes de todos os segmentos responsáveis pela construção dos pilares de sustentação da participação social.

O Conselho Estadual de Saúde criado em 1.992 e modificado em 2003, compõe-se de 40 representantes titulares e respectivos suplentes. Deixou de ter a presidência, “nata” do Secretário de Estado da Saúde em Fevereiro de 2003(Decreto n. 5.727/03), em junho do mesmo ano passou a ser presidido por um representante dos trabalhadores de saúde e, a partir 1º de Janeiro de 2007 vem sendo presidido por um representante dos usuários.

3.5.1 - VI Conferencia Estadual de Saúde

Em 2007, registra-se a participação ampliada dos municípios, no processo de realização da VI Conferencia Estadual de Saúde e a criação de 14 Fóruns Regionais de Conselhos de Saúde, estabelecendo a perspectiva de fortalecimento da mobilização e do diálogo entre o CES/GO e os CMS por meio de articulações da Coordenação de Plenárias de Conselhos de Saúde.

A seguir apresenta-se uma síntese dos principais questionamentos realizados na VI Conferencia Estadual de Saúde:

Gestão

- As decisões das conferências não são assimiladas integralmente pelos gestores;
- Priorizar investimentos no SUS, simultaneamente em Atenção básica e Média Complexidade para que possa reduzir as filas de espera e ampliar o acesso às consultas e procedimentos.

- Garantir recursos financeiros e materiais, por parte das SES e SMS, necessários a implementação do controle social, disponibilizando de estrutura física adequada e orçamentária para o pleno funcionamento dos conselhos
- Financiar a participação dos Conselheiros(as) em Seminários, Conferências e outros eventos que tratem de assuntos pertinentes ao controle social e saúde pública;

Assistência Farmacêutica

- Implementação de uma política unificada de assistência farmacêutica nas três esferas de governo, incluindo as práticas integrativas e complementares.
- Assegurar o abastecimento contínuo dos medicamentos essenciais contidos na RENAME, em todas as unidades de saúde, inclusive do interior do Estado, de acordo com a demanda dos programas existentes, osteoporose, reposição hormonal, diabéticos, hipertensão, tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica e medicações básicas, como antiinflamatórios e antibióticos.
- Garantir o acesso a medicamentos excepcionais para população de todo Estado, com a participação do controle social no monitoramento de todo processo, incluindo as etapas de seleção, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e entrega descentralizada.
- Revisão da portaria do Ministério da Saúde que regulamenta o ‘Programa da Farmácia Popular’, para implantação da farmácia 24 horas e ampliação do elenco de medicamentos, de acordo com o perfil epidemiológico do município, procurando suprir a carência de medicamentos da farmácia básica dos municípios. Reduzir a quantidade mínima exigida de habitantes no município para a implantação do programa, beneficiando as municipalidades com população inferior a 20 mil habitantes, bem como estender o número de medicamentos básicos para atender às necessidades da população assistida. Garantindo também que as prescrições dos profissionais legalmente habilitados a fazê-lo (médicos, enfermeiros, odontólogo, etc.) possam ser aviadas em qualquer unidade de saúde e nas farmácias populares.
- Fornecer os medicamentos e insumos básicos para os atendimentos de urgência e emergência com definição de protocolos de atendimento.
- Promover aumento tripartite de financiamento para medicamentos da atenção básica com repasse fundo a fundo para os municípios e ampliação do elenco de medicamentos, de acordo com o perfil epidemiológico, visando a otimização dos recursos com a criação de banco de preços e fluxo de remanejamento de medicamentos entre os municípios.

Condicionantes e Determinantes

- Garantir a implantação da Política Estadual de Promoção da Saúde com a Constituição do Comitê Estadual de Gestão dessa política composta das diversas instituições públicas, organismos de controle social e organizações não-governamentais, onde a intersetorialidade se dará de forma permanente com desenvolvimento de projetos que visem à melhoria da qualidade de vida da população.
- Propor a realização de parceria entre as secretarias estaduais e municipais de meio ambiente e de saúde, visando desenvolver projetos voltados para a educação ambiental e a implantação de rede coletora de esgoto para a população e fiscalização de rejeitos radioativos e químicos.

Educação em saúde

- Inserção na grade curricular das escolas municipais e estaduais, uma disciplina de Educação em Saúde, buscando enfatizar a relação entre saúde e educação e conscientizar a população sobre as possíveis formas de promoção da qualidade de vida, trabalhando de forma preventiva na saúde local.

Gestão do Trabalho

- Garantir isonomia salarial por nível de escolaridade e redução de carga horária, conforme NOB de recursos humanos.
- Realizar eleições diretas e consulta ampliada em todas as Unidades de Saúde, para escolha de gestores (as), com participação dos (as) Usuários (as), trabalhador (as) e gestor, garantindo assim, a democracia e o controle social.

Grupos Específicos

- Garantir a implementação das Políticas relacionadas à Saúde do Trabalhador, elaborando o mapeamento de Riscos Ocupacionais para planejamento de ações, viabilizando a implementação de Normas de Biossegurança e incorporando todos os trabalhadores do Sistema Único de Saúde.
- Os CERESTs deverão destinar recursos para pesquisas sobre agravos e doenças relacionadas ao trabalho e para elaboração de metodologias de Atenção à Saúde do Trabalhador, sendo que a aplicação dos mesmos deverá estar em consonância com a Portaria da RENAST para o Controle Social.
- Política para a Saúde do Trabalhador com condições de trabalho adequadas, quantidade maior de funcionários, no caso da saúde, equipamentos adequados para garantir trabalho

com qualidade e sem sobrecarga física e mental e isso reflete no atendimento humanizado e de melhor qualidade para o paciente.

- Priorizar a prevenção em Saúde Mental através de atividades reconhecidas promotoras de Saúde Mental (esportes comunitários, grupos de terceira idade, grupos de mães, oficinas de arte, de ofícios, etc.), envolvendo as demais secretarias afins.

Ciclo de Vida

- Garantir atendimento na rede de saúde existente, por equipe multiprofissional, às questões de violência sexual, incluindo prevenção, promoção e assistência, com capacitação dos profissionais.
- Assegurar a participação dos conselhos tutelares nas Conferências e reuniões que envolvam políticas voltadas à atenção integral à saúde da criança e adolescente.

Atenção Básica

- Reavaliar as equipes do PSF em âmbito federal, visando ampliar atendimentos e incorporar outros profissionais a um conjunto das equipes atuais como (nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico e entre outros).

Educação em Saúde

- Garantir nos cursos da área da saúde o conteúdo do SUS, a ser discutida com o Controle Social, nas três esferas de governo.
- Capacitar os gestores e trabalhadores de saúde básica, para oferecer atendimentos universalizados, buscando a humanização destas unidades, e que todos os gestores de unidades sejam profissionais de saúde.
- Fazer gestão junto ao Ministério de Educação (MEC) e ao Ministério da Saúde, para criação de disciplinas teórico-práticas no ensino fundamental e médio que garantam formação sobre noções básicas de saúde, SUS e noções básicas da legislação brasileira, a fim de favorecer o fortalecimento do controle social.
- Implantar oficinas de Capacitação e Inclusão Digital.

Participação Social

- Mais reciprocidade entre população e promotores da saúde. Conscientização da população quanto aos seus direitos e deveres para a efetivação do direito integral à saúde conforme consta na Constituição Federal.
- Pleno envolvimento dos Gestores com os Conselhos Municipais para estabelecerem compromissos que atendam as necessidades prioritárias da coletividade e que sejam honrados dentro dos prazos estabelecidos.
- Criar e intensificar formas de divulgação da Legislação do SUS para conhecimento da mesma pela população e divulgação da Carta dos Direitos dos usuários do SUS nas conferências, reuniões dos conselhos estaduais e municipais de saúde, nas reuniões dos grupos nas UBS.
- Construir e consolidar estratégias de informação e comunicação acerca das ações/conquistas no exercício do controle social.
- Assegurar que os gestores estaduais e municipais apoiem e incentivem a criação de Conselhos Locais de Saúde visando a promover a participação e o controle social.
- Definir equipe técnica na SES e/ou CES para assessorar os Conselhos Municipais nas dificuldades de avaliações técnicas apresentadas pelos mesmos e na insuficiência de RH regional para dar esse suporte.
- Os Conselhos de Saúde deverão articular de forma contínua e permanente junto aos órgãos competentes, para cobrança de responsabilidades e compromissos das três esferas de governo no repasse de verbas para os Hospitais Universitários visando garantir a indissociabilidade de pesquisa/ensino/extensão-assistência.
- Os Conselhos de Saúde das três esferas deverão se posicionar de forma contrária às transformações das instituições públicas de saúde, municipais, estaduais e federais em Fundações Estatais de direito privado e serviços terceirizados.
- Os Conselhos deverão realizar gestão junto às instituições empregadoras dos conselheiros (as) no sentido de assegurar sua participação nos diferentes espaços de controle social (conselhos, conferências, audiências, fóruns, reuniões e outros).
- Assegurar aos Conselhos de Saúde autonomia e participação em todas as Mesas de Negociação e debates relacionados à saúde
- Promover e garantir a qualificação aos conselheiros de saúde, contemplando as diversas temáticas, incluindo as questões relativas à saúde da população negra e outras pertinentes.
- Implementar as capacitações para conselheiros, profissionais e trabalhadores na saúde e população para a efetiva mobilização e participação popular. .

- Realizar capacitação dos conselheiros municipais, através da criação de um fórum de debate local de educação permanente envolvendo os conselhos existentes, com respaldo do conselho estadual de saúde, em: gestão participativa, controle social, responsabilidades, autonomia de atuação e atribuições dos membros do conselho, com cronograma específico, para que estes estejam cientes de suas atribuições, como representante da comunidade que as indicou, visando a melhoria da saúde no município;
- Realizar ações educativas contribuindo com o processo de politização de todos os usuários e trabalhadores do SUS, fortalecendo a consciência coletiva no que se refere aos compromissos (direitos e deveres) de cada um, na consolidação do SUS.
- Fortalecer o processo de formação dos trabalhadores e usuários que atuam em movimentos e conselhos de direitos e de políticas públicas, com definição de calendário/agenda anual de atividades como cursos, seminários, oficinas e outros.
- Participação social em todo o processo orçamentário, monitoramento e controle da elaboração e execução de políticas e programas. Financiamento do controle social com a co-participação das três esferas de governo. Autonomia financeira dos Conselhos de Saúde.
- Garantir a participação do Controle Social na fiscalização, na normatização e funcionamento dos estabelecimentos farmacêuticos.
- Criar um sistema de avaliação, destinado aos usuários, sobre os serviços prestados, com vistas ao fortalecimento do controle democrático.
- Contribuir com o fortalecimento do controle social e gestão participativa mediante sensibilização e qualificação dos docentes para desenvolvimento de ações de ensino, pesquisa e extensão nos Conselhos locais, Fóruns Distritais e Conselhos Municipais de Saúde em parcerias com a Secretaria de Educação.

Qualidade

- Criar o serviço de ouvidoria nas instituições públicas de saúde e nas secretarias estaduais e municipais de saúde, com a participação de profissionais de saúde e usuários;
- Criar mecanismos de participação e controle social no processo de avaliação de desempenho dos trabalhadores, realizado pelos RH/SES e RH/SMS.
- Intensificar a divulgação dos mecanismos existentes para recebimentos de denúncias de serviços de saúde, através de cartazes informativos fixos nas Unidades Básicas de Saúde

(UBS) em local visível pelo usuário sobre os direitos do usuário, inclusive com as leis referentes aos mesmos e telefone das Ouvidorias federal, estadual, municipais e Ministério Público.

Vigilância em Saúde

- Exigir o cumprimento de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos de fontes seguras, com qualidade, maior participação da comunidade e do controle social;

3.5.2 - Ouvidoria – Serviço de Proteção aos Usuários do SUS

Há um grande descompasso entre a necessidade e a oferta, qualitativa e quantitativa de serviços e de recursos humanos e financeiros para atuarem no SUS, ocasionando sérios transtornos na relação entre os cidadãos que procuram os serviços de saúde e os profissionais de saúde. As queixas são constantes, tanto dos profissionais de saúde, como dos cidadãos que se sentem maltratados no aspecto humano, principalmente, no que se refere às relações interpessoais e lesados no seu direito de acesso universal e integral.

Visando minimizar esse transtorno o relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, 1997 já registrava: “Os conselheiros e gestores do SUS devem instituir e implementar novos mecanismos de participação, incluindo as ouvidorias”.

Assim o governo de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, firmou no ano de 2002, convênio de cooperação técnica com a Agência de Desenvolvimento de Saúde e de Serviços Sociais de Outaiais/Québec-Canadá, tendo como agente financiador a Agência Canadense para Desenvolvimento Internacional-ACDI e como objeto, a transferência de tecnologia do conhecimento.

Através desse convênio surgiu a possibilidade de buscar, no sistema canadense, a tecnologia de um serviço que pudesse favorecer o fortalecimento do controle social e ainda possibilitar meios diferentes de acesso do cidadão na gestão da saúde. Desde então a SES iniciou um trabalho intersetorial e interdisciplinar, na busca da construção de um modelo de serviço que

garantissem a participação dos cidadãos no processo de melhoramento do Sistema Único de Saúde – SUS, subsidiando os gestores no planejamento e tomada de decisão.

Concomitantemente, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás também estava organizando o seu sistema de saúde fundamentado em bases regionais visando assegurar o acesso a todos os cidadãos às ações e serviços de saúde e à redução das desigualdades intermunicipais e inter-regionais, fortalecendo o controle social e oportunizando a participação do cidadão no processo de planejamento, avaliação e tomada de decisão. Além disso, buscou uma participação mais direta dos cidadãos na determinação de prioridades em matéria desses serviços e ações.

Desta forma em maio de 2007 a SES – GO criou através da Portaria Nº. 098\2007-GAB\SES-GO a Ouvidoria – Serviço de Proteção aos Usuários do SUS (SEPRU), um serviço que integra em seu contexto a experiência quebequense e o modelo da ouvidoria do SUS - Ministério da Saúde. Essa integração dos dois modelos propiciou de forma descentralizada e hierarquizada, a oportunidade da participação dos cidadãos dos municípios que implantarem ou não o SEPRU. Entendendo o grande ganho desse serviço na melhoria da qualidade dos serviços de saúde e na maior satisfação do usuário. Foi estruturado na sede da SES - GO para atendimento aos cidadãos, recebendo suas manifestações através de diferentes canais de comunicação.

Portanto entende-se Ouvidoria – Sepru como sendo mais um canal de articulação entre o cidadão que exerce seu papel no controle social e a gestão de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Entre suas atribuições estão, receber as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pela população e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes para gerar melhorias dos serviços prestados aos cidadãos. O serviço também fornece informações sobre o funcionamento do SUS e os direitos dos cidadãos, além de realizar a mediação de situações emergenciais, atenuando conflitos.

Em um ano de funcionamento, a Ouvidoria/Sepru já registrou 1.534 manifestações de cidadãos de diferentes municípios goianos. Desse total, apenas 22% ainda não foram concluídas, pois algumas são referentes à medicação de alto custo – que vem passando por fase de descontinuidade na distribuição de alguns medicamentos – e outras foram encaminhadas para a

auditoria, que normalmente necessita de um tempo maior para que o município possa fazer as correções das inconformidades. As três manifestações mais frequentes registradas na Ouvidoria/Sepru são referentes à dificuldade no acesso a medicamentos (35,4% das demandas), dificuldades no acesso a serviços de saúde, como consultas especializadas, exames e cirurgias (34,4%) e falhas na gestão (13,7%).

Nesse período destacam-se algumas dificuldades que devem ser enfrentadas para fortalecimento do serviço e para que o mesmo mantenha um índice aceitável de resolução, qualidade e satisfação do usuário:

- Falta de compreensão por parte dos diversos parceiros da SES, em entender o conceito de Ouvidoria – SEPRU, dificultando o cumprimento do planejamento da Ouvidoria - SEPRU por limitações estruturais, físicas, administrativas e financeiras;
- Não participação da ouvidoria – sepru no Colegiado de Gestão da SES (superintendentes), nos Colegiados de Gestão Regional e nas Câmaras Técnicas da SES;
- O serviço não está formalizado na estrutura organizacional da instituição.

Outros problemas que dificultam o bom desenvolvimento da ouvidoria – SEPRU são:

- Falta de sensibilização dos gestores municipais para a implantação de ouvidorias municipais;
- Deficiência de recursos humanos nas regionais e municípios para atuarem no serviço de Ouvidoria – SEPRU
- Dificuldade em realizar as capacitações de forma descentralizada (regionalizadas). Além de possuir uma equipe reduzida, onde faltam mecanismos de valorização profissional como gratificação, contratos não compatíveis com o grau de escolaridade e o tipo de trabalho desempenhado pela equipe.

A ouvidoria – SEPRU não tem um sistema informatizado eficiente para registro das atividades de monitoramento e emissão de relatórios. Os equipamentos de informática são insuficientes para atender a demanda, além da escassez de pontos de rede para instalação de mais

computadores e ampliação do atendimento; As ferramentas, infra-estrutura e espaço físico são inadequados e ineficientes para desenvolvimento do serviço.

Diante deste diagnóstico traçou-se um plano de ação composto por uma série de providências e tarefas a serem efetuadas a partir de um planejamento, atendendo as solicitações sugeridas pelos diferentes atores e visando minimizar os pontos de estrangulamento. Este plano de ação indica as ações e os projetos prioritários para a implementação da rede de ouvidorias.

3.6 - Gestão do Trabalho na Saúde

A natureza do trabalho na área da saúde é bastante complexa, principalmente no que tange à Vigilância Sanitária e Ambiental, pois o imenso universo de atuação e atribuições demanda o aporte de saberes de vários campos do conhecimento, exigindo novo perfil profissional adequado à realidade da demanda de trabalho e novas tecnologias que vão surgindo em busca de melhores condições de vida para a população, o que implica num aperfeiçoamento constante da força de trabalho.

A precarização de vínculos implica na alta rotatividade de pessoal, interrompendo a continuidade e a qualidade dos serviços prestados à população, além de afetar o desenvolvimento das ações de fiscalização e controle de vigilância em saúde e vigilância sanitária e ambiental.

Objetivando a melhor qualificação dos profissionais que prestam serviços na SES-GO, iniciou-se a execução do projeto piloto da Qualificação da Gestão em quatro regionais de saúde, na construção do perfil de competências de Gerentes e Coordenadores Regionais de saúde, que será estendido nas demais Regionais ao longo do tempo. Este projeto foi financiado por meio do convênio entre Quebec-Canadá e Goiás-Brasil.

Para fins de levantamento da vida e situação funcional de todos os profissionais da SES, a Gerência de Regulação de Recursos Humanos-SAF/SES-GO, participou do projeto de Sistema de Informação para Planejamento de Recursos Humanos na SES, tendo as Regionais de Saúde de Pirineus e Nordeste como piloto, que além do convênio Goiás – Quebec, teve a participação ativa em parceria com a AGANP no desenvolvimento do Sistema.

Tais medidas oferecem condições para planejamentos e monitoramento dos Recursos Humanos da SES-GO, haja vista a automatização dos dados, facilitando no controle e suprimento de RH na rede de serviços, por meio da alimentação do sistema.

Tipos de Vínculos empregatícios

A SES atualmente dispõe de força de trabalho com diversos tipos de vínculos, ou seja:

- Estatutários e Concursados do quadro da SES - 8251*
- Estatutários e Concursados do quadro da AGANP- prestando serviços na SES – 251
- Cedidos do MS - 515
- Cedidos da FUNASA – 1.038
- Comissionados – 1.667
- Contrato por Tempo Determinado – 1.165
- Bolsistas – 26
- Médicos Residentes - 137
- Serviços Terceirizados – 1.033
- Cooperativas de médicos anestesistas
- Contrato de Gestão – CRER
- Contrato de Gestão – Hospital de Urgências de Anápolis
- Contrato de Gestão – Hospital de Urgências de Trindade
- Contrato de Gestão – Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia

Mecanismos de Negociação com os profissionais de saúde

Em 2006 na Emenda Constitucional nº. 51 e a Lei 11.350 foi reconhecido o valor social dos Agentes Comunitários de Saúde no SUS, regulamentando os vínculos empregatícios deste trabalhador que passou a ser selecionado através de um processo seletivo público e certificando os processos seletivos públicos realizados até a data da publicação da mesma, além do aproveitamento dos profissionais selecionados e em exercício da profissão.

A Secretaria Estadual de Saúde através do Fórum Interinstitucional de Articulação e Negociação do SUS em Goiás, composto pelas seguintes instâncias: Ministério Público Estadual, Tribunais de Contas do Estado e dos Municípios, Conselho Estadual de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, SES-GO, Ministérios Públicos Federal e Estadual do Trabalho, Associação Goiana dos Municípios – AGM, Assembléia Legislativa, Frente Municipalista de Prefeitos de Goiás, assessora às regionais de saúde e municípios com repasse de informações e orientações, necessitando ainda de uma implementação deste processo de desprecarização dos vínculos empregatício dos ACS, Agente Combate às Endemias - ACE, e

demais profissionais da ESF/atenção básica, haja vista que alguns municípios ainda não realizaram a referida certificação, bem como o concurso público para os demais profissionais de nível médio e superior.

Principais problemas decorrentes da precarização no trabalho

- Descontinuidade dos serviços;
- Desperdício no investimento na qualificação de servidores com vínculos temporários e comissionados, sem garantia do retorno prático dos cursos que participam;
- Insegurança dos contratados de forma precária que implica na desmotivação e produtividade dos serviços;

Planos de Cargos Carreiras e remuneração

Em 01 de setembro de 2005 foi publicada a Lei 15.337/2005, que criou o Plano de Cargos e Remuneração para os servidores da SES, o qual limitou-se apenas ao enquadramento no novo Quadro de Pessoal, pois os demais instrumentos carecem de regulamentação.

Foi elaborada Minuta de Decreto regulamentando os instrumentos da mencionada lei, porém a douta Procuradoria Geral do Estado informou sobre vários itens inconstitucionais que impediram o prosseguimento do respectivo documento.

Considerando que foram publicadas no Diário da União Portaria nº. 1.318 de 05 de junho de 2007 as “Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreira, Cargos e Salários” para subsidiar as instituições do âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS decidiu-se pela reconstrução de nova Lei instituindo o Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração para os servidores da SES, que ainda está em processo de discussão e conclusão para apreciação e aprovação junto aos órgãos e autoridades competentes para que seja publicada e aplicada.

3.7 – Educação em Saúde

O advento do Pacto pela Saúde apontou para a necessidade de reformulação da Política de Educação Permanente, esta demanda levou à alteração da Portaria 198, substituída pela Portaria 1996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Entre as diretrizes contidas nesta política está a proposta de criação

das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), observando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal estadual e municipal).

A Educação Permanente em Saúde adota como estratégia de transformação das práticas de formação o conceito de educação significativa, entendida como aprendizagem no trabalho. A Educação Permanente, portanto, deve acontecer no cotidiano das pessoas e das organizações e é realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade levando em consideração as experiências que as pessoas trazem.

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH - SUS.

As CIES são compostas por representantes dos gestores municipais, trabalhadores do SUS, pelas instituições formadoras com cursos na área da saúde, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social do SUS. Entre suas atribuições está a de prover assessoramento técnico aos Colegiados de Gestão Regional - CGR quanto ao processo de formulação e implementação dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente (PAREPS), que devem expressar o compromisso com o desenvolvimento de competências institucionais e pessoais para enfrentamento dos problemas definidos como de enfrentamento prioritário pelos CGR.

O processo de articulação das CIES deve ter como referência a adequação do processo de formação profissional às necessidades de desenvolvimento do SUS. Neste sentido, além de apoiar o processo de formação/capacitação de trabalhadores do sistema, deve articular e apoiar os movimentos de mudança desenvolvidos pelas instituições formadoras, em especial os esforços de reestruturação de práticas e conteúdos de ensino realizados pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde. Este programa tem por objetivo reorientar o processo de formação de profissionais de nível superior na área de medicina, odontologia, enfermagem e farmácia. Esta integração é fundamental para promover sinergia entre os investimentos demandados pelos CGR, os movimentos de reformulação curricular desenvolvidos pelas instituições formadoras e o fortalecimento da rede de serviços do SUS como cenário privilegiado para realização do processo ensino-aprendizagem em saúde.

A Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”, criada por meio da Lei nº 15.260 de 15 de julho 2005, é a unidade da SES-GO responsável pela coordenação do processo de formulação e implementação da Educação Permanente no âmbito do SUS em Goiás. Desenvolveu este papel desde sua criação por meio de instâncias como o Fórum de Educação Permanente do Estado de Goiás, que integrava e articulava os diversos Pólos de Educação Permanente. Além disto, objetivando

sistematizar as informações e controle das atividades de desenvolvimento de pessoas de todas as instâncias da Secretaria de Estado da Saúde , visto que é uma das finalidades desta Escola, foi criada pelo titular da Pasta a Câmara Técnica de Formação e Educação Permanente em Saúde – CTFEPS, considerada como grande desafio à integração das diversas iniciativas de Formação e Educação Permanente da SES, sob a coordenação desta Instituição de ensino (GESAP).

Além de cursos de formação e capacitação, a GESAP possui convênio com Instituições de Ensino de níveis médio e superior para fins de estágio na Rede da Secretaria de Estado da Saúde e, em contrapartida oferece bolsas de estudos para os servidores, recebe também bolsistas da Organização das Voluntárias de Goiás - OVG, os quais são lotados e remanejados em toda a Secretaria de Saúde, o que tem contribuído na força de trabalho, além da inserção dos estagiários no serviço de saúde.

A Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de Goiás foi apreciada e aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, e encontra-se no momento no Fundo Nacional de Saúde – FNS. Para financiamento das atividades de Educação Permanente no estado de Goiás foi liberado, para o período 2007/2008, o montante de R\$ 2.210.000,00 (Dois milhões e duzentos e dez mil Reais).

No período 2005-2007, a Escola de Saúde Pública desenvolveu atividades de formação/capacitação para trabalhadores do SUS, incluindo desde técnicos de nível médio e superior, até Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e gestores municipais e regionais do sistema. Foram capacitados neste período: 866 profissionais de nível superior; 2.209 técnicos de nível médio e 4.818 Agentes Comunitários de Saúde.

As ações desenvolvidas na Escola são realizadas em parceria com outras instituições que possuem interface com questões das áreas específicas e outras áreas da SES.

Conforme informações da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde, do período de 2004 -2007, houve oscilações de cursos oferecidos e número de participantes, bem como a redução dos custos de investimentos que reduziram gradativamente entre os períodos de 2004 – 2007, implicando em menor índice de profissionais capacitados na Rede de serviços do SUS.

SÉRIE HISTÓRICA DOS CURSOS REALIZADOS PELA SPAIS DE 2004 A 2007

	Nº CURSOS	Nº TURMAS	Nº PROF. CAPACITADOS	CUSTO
2004	35	73	2.687	-
2005	43	86	3.313	R\$ 810.512,25
2006	30	44	3.760	R\$ 480.750,98
2007	33	40	2.138	R\$ 430.310,00
TOTAL	141	243	11.898	R\$1.721.573,23

Em decorrência de medidas de contenção de despesas várias ações planejadas para 2006 e 2007 não foram realizadas, a começar pela reforma da estrutura física da ESAP, cujo processo encontra-se em andamento desde 1998, o que já não atende às necessidades de adequações às novas tecnologias e demandas de trabalho.

Dentre as dificuldades encontradas na administração e execução das atividades inerentes à GESAP, destaca-se:

- Insuficiência e inadequação da área física, dos equipamentos áudio visuais, de informática, insumos necessários para as atividades da Escola e transporte;
- Problemas de transporte com falta de veículos e de motoristas e frota existente sucateada;
- Falta de laboratório de informática;
- Falta de planejamento conjunto e articulado entre os diversos setores da SES/GO;
- Baixo monitoramento e avaliação das ações de educação em saúde;
- Pouco investimento na qualificação da equipe técnica e administrativa da GESAP
- Os Recursos do FNS transferidos ao FUNESA não estão sendo repassados com regularidade para o FUNGESP contrariando o artigo 4, § 1º da Lei 15.260 (objetivo básico custear as despesas decorrentes do funcionamento da GESAP/GO);
- O recurso financeiro e orçamentário do Tesouro Estadual para a reforma da GESAP não foi liberado;
- Inadequação das normas, rotinas e processos de trabalho de estágios na Rede da SES;
- Inexistência de residência profissional para profissionais de saúde de outras categorias além do médico;
- Dificuldades na articulação do estágio supervisionado dos cursos técnicos;
- As ações de educação em saúde desenvolvidas na SES - GO em sua maioria encontram-se dispersas e pontuais;
- O Decreto de nº 6.711 de 14/01/2008, que dispõe sobre a reorganização administrativa da Secretaria da Fazenda desativou a GESAP e transferiu as competências, atribuições, atividades, acervos e demais recursos para a Secretaria da Fazenda ocasionando: instabilidade administrativa, financeira e funcional na condução das ações da GESAP.
- Em 02/06/2008 foi publicada a Lei 16.272 que dispõe sobre a organização da administração direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo que criou a Gerência de Educação em Saúde Pública- GESAP subordinada ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, estando sem as suas competências e atribuições estabelecidas até o momento.

- Indefinição da situação legal do Centro de Educação Profissional de Saúde, antiga gerência de ensino profissionalizante e tecnológico, parte integrante da antiga GESAP.

A introdução de modernas tecnologias no setor regulado imprime um novo perfil à realidade de trabalho, exigindo do profissional de VISA, força de trabalho em constante aperfeiçoamento. Para cumprir com sua missão de proteger a saúde da população a vigilância sanitária desenvolve um amplo processo de formação, qualificação e capacitação de forma continuada, promovendo a atualização de conhecimento dos profissionais de VISA, municipal e estadual, nos seus diversos campos de atuação.

Além da programação de processos de capacitação de recursos humanos que enfocam a rotina das ações, a SVISA fomenta a política de capacitação dos técnicos do sistema de VISA, inclui ainda parceiros de outras instituições que possuem interface com as questões da área como, por exemplo: Ministério Público, Polícia Rodoviária, Secretaria de Educação, Agrodefesa, Ciência e Tecnologia dentre outros, programando eventos de capacitação objetivando o aprimoramento de conhecimento nas diversas áreas que compõem o campo de atuação destes profissionais.

O contexto atual das ações de VISA defronta-se com um conjunto de limitações que reflete no cumprimento de seu papel institucional; entre outros pode ser apontado:

A formação dos profissionais que integram o quadro de pessoal da área é muito diversificada. Além das profissões típicas da saúde, são necessários outros profissionais, tais como: químicos, físicos, arquitetos, engenheiros, advogados, geógrafos, entre outros. Na maior parte das vezes, esses cargos não fazem parte do quadro da Secretaria Estadual de Saúde, dificultando sua inclusão nos concursos e sua lotação nos serviços de vigilância sanitária.

A participação dos técnicos de Visa municipais nos eventos de capacitação programados para 2007 ficou aquém do esperado. O custeio das despesas de transporte, hospedagem e alimentação ficou sob a responsabilidade do poder público municipal, pelo fato dos recursos de origem federal repassados à SVISA, não terem sido liberados pelos setores responsáveis do governo estadual em tempo hábil.

3.8 – Informação em Saúde

É indiscutível o aumento da utilização da Tecnologia da Informação nas organizações públicas como uma poderosa ferramenta para tomada de decisões, possibilitando maior controle e racionalização de recursos.

Para tanto, é necessário proporcionar condições para que os dados sejam colhidos no momento em que são gerados e transmitidos aos servidores onde serão processados, resultando em informações precisas e atualizadas, que servirão de subsídios aos gestores do sistema de saúde na elaboração de seu plano de ação, garantindo ao cidadão o acesso universal e integral à saúde.

A Secretaria da Saúde do Estado de Goiás tem buscado realizar ações que proporcionem as condições necessárias para a coleta, transmissão e processamento dos dados. Destacamos abaixo algumas realizações efetuadas durante os últimos três anos:

- Implantação da cultura de utilização de e-mail corporativo, criando um meio oficial de comunicação eletrônica;
- Implantação do Sistema de Gestão de Materiais, SIGMATE, proporcionando um controle eficiente sobre a distribuição de materiais de uso geral, medicamentos e correlatos às nossas unidades de saúde;
- Desenvolvimento do Portal de Sistemas;
- Adequação/Implantação do Sistema de Help-desk, possibilitando o registro e o acompanhamento eletrônico de solicitações à Gerência de Informática;
- Adequação/implantação do CVI – Sistema de Controle de Viagens, automatização do processo de solicitação e pagamento de diárias;
- Desenvolvimento do Sistema de Manutenção de Tabelas Corporativas;
- Criação de Novo Site da SES-GO;
- Desenvolvimento do SGH – Sistema de Gestão Hospitalar (em desenvolvimento);
- Implantação do Hospub na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes e reativação no Hospital Geral de Goiânia, proporcionando agilidade no atendimento ao paciente, automatização do processo de faturamento e controle da produtividade da equipe médica;
- Controle de Processos do Arquivo da Contabilidade / Gerência Financeira;
- Coordenação da Implantação do SEPNET (Controle de protocolo) – Sistema patrimonial;
- Desenvolvimento do Sistema de Gestão de Biblioteca;
- Elaboração de Agenda Telefônica;
- Homologação do SDPS – Sistema de Discriminativos de Pagamentos Serviços (Profissionais e Hospitais);
- Desenvolvimento do SUBV – Sistema de Gestão das Unidades de combate à dengue (Ultra baixo volume);
- Sistema de Análise da Assistência de Média e Alta Complexidade;

- Desenvolvimento, em parceria com a Assessoria de planejamento da Superintendência Executiva, do SMTC – Sistema de Monitoramento dos Termos de Compromisso Municipais e Estadual - em homologação pelo Grupo Técnico de Avaliação dos TCGM;

- Aquisição e distribuição de 400 novos computadores às unidades e superintendências desta Secretaria de Saúde;

- Ampliação da Rede Lógica e Elétrica Estabilizada para computadores;

Interligação de 100% das unidades de saúde e superintendências;

- Ampliação da velocidade dos links de dados;

- Adequação da rede de computadores da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, visando à implantação do Hospub;

- Aquisição de 6 Servidores marca Itautec;

- Doação pelo Ministério da Saúde de um Servidor marca Sun.

Apesar das ações mencionadas acima, ainda existem muitos pontos a serem melhorados e a Gerência de Informática tem por meta a informatização completa de todas as Unidades de Saúde e Superintendências da SES-GO.

A Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental do Estado de Goiás elaborou um Sistema de Informação que foi reconhecido pela ANVISA/MS, como ferramenta de fundamental importância para o seu processo de gestão, por meio do registro, informação e análise de dados produzidos pelas ações de VISA. Adotado como modelo para os demais Estados brasileiros, este sistema foi denominado de SINAVISA, definido como um sistema de informação que oferece subsídios para o planejamento, acompanhamento e avaliação de suas ações, bem como medir o impacto das intervenções e tomada de decisões, havendo na SVISA, uma estrutura adequada para operacionalização do sistema.

O sistema foi implantado nas regionais de saúde e nos municípios, e atualmente é oferecido suporte técnico e treinamento nas diversas ferramentas que compõem o SINAVISA.

Com relação à implementação do SINAVISA, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Criação de módulos de cadastro de fontes de radiação ionizante; de informações de Toxicologia; georeferenciamento das intoxicações e relatórios, do cadastro e controle de denúncias; produtos, dívida ativa e pactuação;

- Aperfeiçoamento do módulo de monitoramento da qualidade de produtos;

- Integração e alimentação dos Sistemas de Informações Gerenciais de Planejamento - SIGEPLAN;

- Sistema de Informação baseado no SIDVS UNO 2.004 desenvolvido a partir do Convênio de Cooperação Técnica - Goiás/Quebec.

Na Superintendência de Políticas de Ações Integradas à Saúde são operados vários grandes sistemas que servem de base para a análise da situação de saúde e posterior tomada de decisão buscando o controle de diversos agravos, entre eles, citam-se:

SIM – sistema de informação de mortalidade - Fornece dados de mortalidade segundo causa básica de óbito (CID 10) por residência e ocorrência de todo o Estado. A entrada de dados é feita pelos municípios e/ou regionais. A cobertura do SIM em Goiás tem melhorado significativamente (82,1% - 2006) assim como o percentual de óbitos por causas mal definidas (reduzido < 10%). Contudo a alimentação do sistema é considerada demorada (em média seis meses da ocorrência do óbito) e precisa ser melhorada.

SINAN – sistema de informação de agravos de notificação - Coleta e processa os dados dos agravos de notificação em todo o território nacional, desde o nível municipal, subsidiando análises do perfil epidemiológico para planejamento das ações de controle, erradicação ou eliminação de doenças dos municípios, estado e Brasil. É alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos constantes na lista nacional/estadual de doenças de notificação compulsória. Implantado no Estado de Goiás em 1997 na versão DOS, em 2000 na versão Windows, e em 2007 na versão NET. Descentralizado para todos os municípios de Goiás.

SIAB – sistema de informações de atenção básica - Contêm dados sócio-sanitários da população vinculada à área de atuação das Equipes de Saúde da Família, de cadastro dos usuários, de cadastro dos profissionais das equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde; dados de produção das equipes, consultas, procedimentos e acompanhamento; dados de saúde, diabetes, hanseníase, tuberculose, gestantes, diarreias, nas internações, que permitem a análise e o planejamento das ações e serviços de saúde pelo município, R.S., Estado e Federação.

SINASC – sistema de informação de nascidos vivos - Fornece dados sobre o quantitativo de nascidos vivos no Estado, por local de ocorrência e residência da mãe. Fornece também dados sobre as condições do nascimento e alguns dados sócio-demográficos da mãe. É um sistema que subsidia a construção de vários indicadores de saúde a exemplo da mortalidade infantil.

SI-CRIE – sistema de informação do centro de referência para imunobiológicos especiais - Permite avaliar o percentual da população que utiliza os imunobiológicos especiais, mais utilizados (demanda e oferta). Está implantado apenas no HMI, portanto os dados gerais dizem respeito apenas à demanda deste hospital. As subunidades do CRIE no Estado não tem sistema implantado. Há necessidade e proposta futura para implantação do CRIE Virtual do nível Central (GVE/SPAIS).

SI-AIU – sistema de informação de apuração e utilização de imunobiológico - Avalia informações sobre perdas de imunobiológicos e motivos de perdas. Permite o cruzamento de dados de recebimento e utilização dos imunobiológicos. Ainda não está implantando no Estado.

SI-PNI – sistemas de informações do programa nacional de imunizações - possibilita aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

SI-API – sistema de informação e avaliação do programa de imunizações - Fornece dados para avaliação das coberturas vacinais, doses aplicadas e resíduos de pessoas a serem vacinadas. Está descentralizado para 100% dos municípios, com boa alimentação do Sistema.

SI-EDI – sistema de informação e distribuição de imunobiológico - Fornece dados sobre o estoque existente dos imunobiológicos (recebido, enviado, destino), data de validade, laboratório, etc. Está descentralizado apenas para as regionais de saúde. Há problemas na sua alimentação (baixa cobertura).

SI-EAPV – sistema de informação de eventos adversos pós-vacinação - Possibilita análise da frequência dos eventos adversos pós vacinação por imunobiológicos, lote, município, etc. A alimentação do banco é feita no Nível Central através do recebimento de fichas do Nível Regional e Municipal. Possibilita a análise da vacina que comumente apresenta mais eventos adversos, contudo acredita-se que a subnotificação desses eventos é ainda importante.

SI-PAIS – sistema de informação do programa de avaliação do instrumento de supervisão - Permite analisar os serviços de vacinação oferecidas (sala de vacinação, rede de frio, Sistema de Informação em funcionamento, supervisões, capacitações). Permite entrada de dados provenientes da supervisão feita pelo Nível Federal a(os Estados), Estadual (aos Municípios) e

Municipal (às salas de vacinas). O maior problema não está no Sistema em si, mas no deficit de recursos humanos em todos os níveis, o que dificulta a realização de supervisão.

3.9 – INFRA-ESTRUTURA

A Infra-Estrutura da Secretaria Estadual da Saúde do Estado de Goiás, nos últimos anos devido à falta de recursos e até mesmo de uma política voltada efetivamente a recuperação e manutenção das unidades, vem sendo sucateada ano após ano. No último quadriênio, pudemos perceber ações isoladas tanto em reforma como na execução de novas construções, sendo a segunda, novas construções, reconhecidamente desastrosa, onde podemos citar como exemplo a replicação de projeto hospitalar ultrapassado para construir o Hospital de Urgência de Aparecida de Goiânia. Ações desesperadas como essas acabam incorrendo no insucesso, visto que aspectos técnicos não são discutidos previamente como: perfil do hospital a ser construído, pactuação na rede de atenção à saúde, capacidade de aporte financeiro do estado tanto para abrir como para manter a unidade, capacidade de mobilização de profissionais especializados, definição da gestão da unidade inaugurada, desencadeamento dos contratos vitais ao funcionamento da unidade, encaminhamentos necessários à legalização e inscrição da nova unidade em órgãos afins, precipitações “marqueteiras” em função de anseio políticos.

Quanto à manutenção das unidades, podemos citar a manutenção corretiva/preventiva e a conservação de asseio. A manutenção preventiva e corretiva hoje executada pela empresa “FORTESUL” e funcionários da SES responsáveis pela manutenção, já melhorou bastante o atendimento as necessidades da rede, no entanto, deve-se atentar para dois aspectos que tem dificultado o perfeito encaminhamento dessa ação: falta de pagamento da empresa contratada para manutenção, atualmente com 7 meses de atraso, e a devida revisão no contrato de manutenção praticado pela SES, revisão esta que já está sendo feito de forma competente pela Gerência Operacional, responsável pela gestão desse contrato. A manutenção de asseio é muito importante, pois é aquela manutenção que mantêm o prédio bonito, limpo e agradável, aspectos que primam na hora de avaliar a qualidade com que atendemos o nosso público. Infelizmente, a manutenção de asseio é inexistente o que deixa transparecer ainda mais o sucateamento das unidades. Ao contrário, teríamos unidades com ótima aparência, diminuindo até a predisposição da imprensa e população em atacar a SES no dia a dia. Uma simples pintura feita de quatro em quatro anos, com reparos em “eflorescências”, já seria o suficiente para termos outro padrão de apresentação.

Vários pedidos foram encaminhados a Subgerência de Rede Física ao longo do último quadriênio e o que se pode perceber é que os mesmos não foram em sua íntegra baseados no

último plano de gestão o que por si só já é um problema a ser solucionado para essa próxima etapa de gestão 2008 – 2011. Os pedidos feitos, normalmente pequenas reformas e adequações, são feitos diretamente à Subgerência de rede física não obedecendo a nenhum fluxo estabelecido pela SES, desconsiderando qualquer tipo de cadeia de comando, fato que impede no planejamento das ações e muitas vezes torna ineficaz o trabalho da Subgerência de rede física já que aquela ação muitas vezes não encontra respaldo mais a frete, aumentando assim o número de processos arquivados sem conclusão alguma.

Para o próximo quadriênio julgamos prioritário a conclusão das seguintes ações:

- 1 – Obras iniciadas e não concluídas:
 - 1.1 – Conclusão da guarita do almoxarifado
 - 1.2 – Conclusão do galpão do imunobiológico (Construção da Rede de Frio)
 - 1.3 – Construção da câmara fria do imunobiológico
 - 1.4 – Conclusão do hospital de urgência de Santa Helena
 - 1.5 – Conclusão do hospital de urgência da região Noroeste Goiânia
 - 1.6 – Conclusão do hospital do Novo Gama
 - 1.7 – Conclusão do hospital de Valparaíso
 - 1.8 – Conclusão do hospital geral de Santo Antônio do Descoberto
 - 1.9 – Conclusão do hospital geral de trindade

- 2 – Obras a serem licitadas já instruídas, orçadas e projetadas:
 - 2.1 – Reforma geral com ampliação do Hospital de Medicina Alternativa
 - 2.2 – Reforma geral com ampliação do Hospital de Doenças Tropicais
 - 2.3 – Reforma geral com adequação da Central de Odontologia Goiânia
 - 2.4 – Reforma do pronto atendimento HUGO Goiânia (Qualisus)
 - 2.5 – Reforma geral com adequação da Maternidade Dona Íris
 - 2.6 – Reforma geral com adequação da ESAP
 - 2.7 – Construção das novas instalações do CEP SAÚDE
 - 2.8 – Construção da subestação de energia elétrica do almoxarifado
 - 2.9 – Desmembramento da Rede Elétrica do CERNE/AGECOM
 - 2.10 – Reforma e Adequação dos Hemocentros de Ceres e Catalão
 - 2.11 – Construção de gradil metálico em toda a área do HDS
 - 2.12 – Construção da rede de tratamento de esgoto do HDT
 - 2.13 – Reforma e ampliação da cozinha e lavanderia do HDT
 - 2.14 – Construção do abrigo do lixo da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes

2.15 – Recuperar a estrutura do Departamento de pessoal Nossa Senhora de Lourdes

2.16 – Reformar a lavanderia da Nossa Senhora de Lourdes

2.17 – Adequação da sala para o cerest/Spais

2.18 – Reforma geral da Suleide

3 – Executar manutenção de asseio em todas as unidades sob responsabilidade da SES, através de plano de manutenção.

A definição atual da VISA torna sua abrangência vasta, devendo intervir em todos os aspectos da produção ao uso de produtos e serviços, e as conseqüências para o meio ambiente que possam afetar a saúde dos cidadãos. Assim, as suas ações caracterizam-se por procedimentos de orientação, cadastro, inspeções, deslocamentos, coletas de análises fiscais, apreensão e inutilização de produtos, registro e divulgação de dados dentre outras, e para executá-las é preciso dotar o serviço de uma infra-estrutura mínima composta por:

- Espaço físico adequado: a sede da SVISA necessita de reforma e alguma adequação na sua estrutura predial e para isto já existe um cronograma de execução das obras aguardando a liberação do recurso para o custeio das despesas.
- Equipamentos que viabilizem as ações fiscalizadoras;
- Materiais de consumo;
- Recursos, insumos e veículos seguros e adequados, que viabilizem o deslocamento da equipe para o desenvolvimento de suas ações: a frota oficial da SVISA encontra-se com tempo de uso considerável e alguns veículos necessitam de revisões e troca de pneus, amortecedores, revisões elétricas, dentre outros. Não estando em condições seguras de uso, uma vez que as ações de fiscalização são feitas em outros municípios e alguns com distância significativa da capital. A manutenção periódica dos veículos está deficiente ocasionada pela dificuldade da liberação de recursos financeiros, deixando a frota desgastada pelo uso e sem oferecer segurança. Está tramitando um processo de compra de veículos para renovação da frota com recurso federal.
- Equipamentos e meios de comunicação, acesso à internet: como a tecnologia da informação é dinâmica, os equipamentos de informática ficam defasados, e para modernizar foram adquiridos computadores para renovação da estrutura de informática, porém o serviço em alguns setores exige um incremento do suporte de informática, necessitando então, de máquinas mais modernas.
- Suporte laboratorial: as especificidades das questões de vigilância sanitária demandam um suporte laboratorial estruturado com tecnologia adequada aos seus diversos objetos de regulação, e a morosidade da liberação dos recursos financeiros para o custeio desta

estruturação, se constitui em entrave para a garantia da execução das ações laboratoriais de interesse da VISA.

- Recursos para o custeio de despesas que viabilizam o deslocamento e capacitação técnica, participação em cursos, congressos, treinamentos, seminários, ou simpósios: o território goiano é extenso, e as ações que a VISA executa nos municípios demandam um planejamento de deslocamento que envolve custeio de diárias para os técnicos e motoristas, além de insumos para os veículos, e a morosidade do fluxo processual de liberação de diárias constitui em entrave para o alcance das metas de fiscalização programadas; e o mesmo se aplica na dificuldade que os técnicos encontram para atualizar o conhecimento, ferramenta primordial para o desempenho adequado da ação fiscalizatória, uma vez que há extrema dificuldade na liberação dos recursos para participação em seminários e/ou congressos mesmo que os processos sejam protocolados com meses de antecedência da realização do evento.

A instituição deve proporcionar condições adequadas que ofereçam bem estar físico e psicológico aos servidores e à população que utiliza o serviço presencialmente ou não. Como uma das funções da vigilância sanitária é fiscalizar e apontar falhas, isso a torna suscetível ao julgamento externo tanto do setor regulado quanto da população.

EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

A área de equipamentos médico-hospitalares da Secretaria Estadual da Saúde de Goiás, nos últimos anos devido à falta de recursos e até mesmo de uma política voltada efetivamente à aquisição de novos equipamentos, vem sendo sucateada ano após ano. No último ano, não tivemos nenhum processo de compra de equipamentos concluído para as unidades da rede própria da SES como também para os municípios. Da mesma forma da infra-estrutura, a aquisição de equipamentos para as novas construções, como o Hospital de Urgência de Aparecida de Goiânia e o Hospital de Urgência de Anápolis não foram discutidos previamente com as áreas técnicas.

Quanto à manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, a Gerência de Incorporação Tecnológica em Saúde priorizou os grupos de equipamentos essenciais para o suporte de vida do paciente, como exemplo, as áreas de centro cirúrgico, UTI, Pronto Atendimento, Imagem, laboratório e áreas de apoio como lavanderia e CME. No ano de 2007, a GITS monitorava em torno de 29 contratos de manutenção. Cabe ressaltar que o gerenciamento desses contratos apresentava as mesmas dificuldades alertadas pela infra-estrutura: falta de pagamento das empresas contratadas para manutenção e a demora nos processos licitatórios.

Em relação aos convênios para aquisição de equipamentos médico-hospitalares, a GITS encontra a dificuldade de acompanhar a sua execução, em função de ter que realizar diversos processos de licitação para adquirir os objetos aprovados no Ministério da Saúde. No ano de 2008, encontram-se em andamento os convênios para aquisição dos equipamentos médico-hospitalares para o Hospital de Urgências de Goiânia, o Hospital de Urgência de Trindade, Hospitais do Interior e o Hospital de Urgência de Santo Antônio do Descoberto.

Para o próximo quadriênio julgamos prioritária a conclusão das seguintes ações:

- 1.4 – Aquisição de equipamentos do Hospital de Urgência de Goiânia
- 1.4 – Aquisição de equipamentos do Hospital de Urgência de Santa Helena
- 1.5 – Aquisição de equipamentos do Hospital de Urgência da região Noroeste Goiânia
- 1.6 – Aquisição de equipamentos do Hospital do Novo Gama
- 1.7 – Aquisição de equipamentos do Hospital de Valparaíso
- 1.8 – Aquisição de equipamentos do Hospital Geral de Santo Antônio do Descoberto
- 1.9 – Aquisição de equipamentos do Hospital Geral de Trindade

3.10 - GESTÃO DA REDE PRÓPRIA DA SES

3.10.1- ATENÇÃO HOSPITALAR / AMBULATORIAL

Constitui um grande desafio para o governo do Estado, através da Secretaria de Estado da Saúde, a gestão de unidades com diferentes perfis, atendendo aos princípios de universalidade, integralidade, equidade e democratização, definidos na Constituição federal, expressando a vontade política do Governo do Estado de Goiás, por meio da SES/GO, de implementar o SUS em sua plenitude.

Na busca contínua de uma assistência de qualidade e igualitária, ordenando a distribuição de recursos, o Estado passa por um processo de implantação de Regulação dos Serviços de Saúde, com implantação de Núcleos de Regulação no nível de Regionais de Saúde e Municipais. As Unidades Hospitalares, que atendem Urgência / Emergência, passam por um processo de adaptação em suas estruturas organizacionais, criando setores e implementando ações como a classificação de riscos, em suas portas de entrada.

Um diferencial na gestão da Rede Assistencial da Secretaria de Estado da Saúde é a existência em sua estrutura organizacional, da Gerência da Rede Própria, órgão ligado à Superintendência Executiva, responsável e intermediador entre o órgão central e as unidades.

3.10.2 - ANÁLISE SITUACIONAL E ATUAÇÃO DA GERÊNCIA DA REDE PRÓPRIA

A Gerência da Rede Própria foi instituída na SES em posição estruturalmente estratégica, de modo a permitir que a área tenha uma maior autonomia no exercício de suas atribuições pertinentes à concessão de suporte técnico-administrativo às unidades hospitalares e assistenciais públicas do Estado, constituindo uma estratégia na busca de melhoria da Gestão.

Dentre os meios utilizados pela Gerência da Rede Própria para a realização de uma administração participativa, uniformizando normas e procedimentos técnicos e administrativos, destaca-se a formação do Colegiado de Gestão das Unidades Próprias, com reuniões mensais, contando com a participação dos Diretores das Unidades da Rede, Gerências e Superintendências, caracterizando-se pela existência de pautas abertas às diretorias das Unidades e órgãos envolvidos da SES-GO.

A Estrutura organizacional da Gerência da Rede Própria (GRP) é constituída por Núcleos Técnicos, buscando concentrar todas as especialidades de serviços existentes nas Unidades, formando grupos com representantes de áreas que se reúnem periodicamente para discussão de casos e/ou treinamento de equipes, sendo eles: Núcleo de Nutrição, Núcleo de Enfermagem, Núcleo de Odontologia, Núcleo de Farmácia, Núcleo de Controladoria, Núcleo de Laboratório, Núcleo de Apoio ao SIGMATE. Os Núcleos técnicos são responsáveis pela padronização de procedimentos técnicos, de medicamentos, correlatos e insumos utilizados pelas Unidades. Com base no consumo estabelecem as metas físicas, alimentando o Sistema COMPRASNET, que é uma ferramenta utilizada na SES-GO nos processos de compras e onde são armazenados os dados ou descrições de todos os itens utilizados pelas Unidades. Para o controle de estoques e de consumo a Secretaria conta com um Sistema de Gestão de Materiais do Estado (SIGMATE), alimentado pelas Unidades, Almoxarifado Central e COMPRASNET, gerenciado pela GRP.

II – PROBLEMAS PRIORIZADOS

INFRA - ESTRUTURA BÁSICA

- 1) O percentual de pessoas que vivem em domicílios com esgotamento sanitário continua muito baixo.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

MORTALIDADE

- 1) Aumento acentuado dos óbitos a partir de 20 anos de idade, pelas doenças do aparelho circulatório. Os principais fatores causais estão associados à hipertensão arterial, fumo e alta taxa de colesterol.
- 2) Alto índice de mortalidade por causas externas, principalmente por violência e acidentes de trânsito.
- 3) Alto índice de violência nas regiões metropolitana de Goiânia e Entorno do Distrito Federal
- 4) Elevada mortalidade por neoplasias principalmente por pulmão, estômago, pele, mama e colo de útero.

MORBIDADE

- 1) Número crescente de casos novos, diagnosticados a cada ano, de diabetes mellitus.
- 2) Elevado percentual de internação por Doenças do Aparelho Respiratório na infância e na velhice.
- 3) Doenças do aparelho circulatório como segunda causa de internação, predominando a partir de vinte anos;
- 4) Altas prevalências de fatores de risco para doenças crônicas – degenerativas, principalmente a hipertensão arterial, o sedentarismo e o excesso de peso, ocorrendo desde a infância;
- 5) Alto índice de internação por doenças infecciosas e parasitárias em menores de 14 anos;
- 6) Aumento da incidência de dengue;
- 7) Aumento da incidência de febre amarela;
- 8) Feminização e interiorização da AIDS e aumento do número de casos nos indivíduos entre 60 e 65 anos.
- 9) Percentual de detecção de hanseníase em menores de 15 anos muito alto
- 10) Percentual elevado de abandono de tratamento da hanseníase.
- 11) Alta incidência de tuberculose.

- 12) Taxa de cura de tuberculose abaixo do esperado e aumento do abandono do tratamento de tuberculose.
- 13) Aumento no número de casos de rubéola
- 14) Elevada letalidade de tétano acidental, quando comparado com países desenvolvidos.

VIGILANCIA EM SAÚDE

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- 1) Subnotificação das doenças de notificação compulsória
- 2) Baixa cobertura para vacinas contra Hepatite B e Rotavirus
- 3) Dificuldade para a análise e identificação dos problemas em imunização devido a existência de dados não confiabilidade dos dados.
- 4) Rotatividade de funcionários treinados em sala de vacina
- 5) Perdas de imunobiológicos sem justificativa técnica.
- 6) Não realização das ações de imunização na zona rural e de difícil acesso.
- 7) Oportunidades perdidas de vacinação (salas abertas somente em um período ou em alguns dias da semana, agendamento de vacina, funcionários com várias atividades);
- 8) Retroalimentação dos dados e repasse de informações da regional para municípios de abrangência feitas de forma deficiente e ineficaz.
- 9) Baixa homogeneidade de coberturas vacinais em municípios de pequeno porte.
- 10) Homogeneidade das campanhas de vacinação contra influenza não alcançada nos últimos anos.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL

- 1) Número insuficiente de fiscais a nível central para realizar as ações de Vigilância Sanitária.
- 2) As metas de fiscalização programadas para 2007, não foram alcançadas em razão da morosidade dos trâmites processuais, para o custeio de diárias e de combustível.

ATENÇÃO BÁSICA

- 1) O atendimento na ESF continua centrado no consultório e nos procedimentos individuais curativos.
- 2) Falta de preparação dos profissionais ao entrarem no serviço público;
- 3) Alta rotatividade dos mesmos;

- 4) Não garantia dos direitos trabalhistas;
- 5) Ingerências políticas e/ou falta de informação dos gestores municipais e na administração das regionais de saúde no processo de reestruturação da atenção básica;
- 6) Não cumprimento da carga horária preconizada;
- 7) Unidades de saúde com instalações e equipamentos inadequados;
- 8) Má utilização por parte dos municípios dos recursos repassados pelos governos federal e estadual;
- 9) Falta de referências para especialidades ambulatoriais;
- 10) Baixa razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a pop. feminina nesta faixa etária;
- 11) Média mensal baixa de visitas domiciliares por família;
- 12) Baixa cobertura da ação coletiva "escovação dental supervisionada";
- 13) Média de procedimentos odontológicos básicos individuais baixa.

ATENÇÃO AMBULATORIAL

- 1) Oferta de tomografia computadorizada na macrorregião Nordeste aquém da necessidade, assim como, concentração de oferta do serviço na macrorregião Centro Oeste;
- 2) Déficit de serviço de ressonância magnética no Estado e concentração dos existentes nas macrorregiões Centro-Oeste e Centro-Norte (Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis);
- 3) Deficiências na oferta do serviço de hemodiálise na maioria das macrorregiões e concentração na microrregião central;
- 4) Carência da oferta do serviço de Densitometria Óssea em todo o Estado;

ATENÇÃO HOSPITALAR

- 1) Concentração dos leitos na esfera privada e nas regiões mais desenvolvidas do estado;
- 2) Significativa pulverização de leitos em hospitais de pequeno porte, desses, 10% localizados em estabelecimentos com menos de 30 leitos.
- 3) Hospitais limitando-se a oferta das especialidades básicas

SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 1) Prontos socorros com áreas físicas inadequadas;
- 2) Insuficiência de equipamentos e insumos;
- 3) Falta de recursos diagnósticos e terapêuticos em determinadas regiões de saúde;

- 4) Insuficiência de profissionais habilitados para o atendimento de urgência, o que determina uma baixa resolubilidade dessas unidades em algumas regiões do estado;
- 5) Insuficiente regulação da rede assistencial hierarquizada pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte;

TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

- 1) Decréscimo do número de transplantes realizados em 2007;

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- 1) Ações de Assistência Farmacêutica desenvolvidas em diferentes superintendências, ocasionando uma série de problemas;
- 2) Programações que não correspondem às reais necessidades dos serviços, com perdas ou interrupções no fornecimento de medicamentos essenciais;
- 3) Processo de aquisição de medicamentos moroso e ineficiente;
- 4) Sistema de distribuição inadequado;
- 5) Controle de estoque não confiáveis e obsoletos;
- 6) Armazenamento de medicamentos em condições inadequadas e inseguras;
- 7) Comprometimento do acesso a medicamentos em todos os níveis de complexidade;
- 8) Desconhecimento dos princípios norteadores do Uso Racional Medicamentos nos serviços de saúde;
- 9) Deficiência de recursos humanos em termos de quantidade e em capacitação para o desenvolvimento das suas funções;
- 10) Grande volume de atividades atribuídas à Gerência de Assistência Farmacêutica, inviabilizando a realização de planejamento e articulação.
- 11) Inexistência de um sistema de informação na área de Assistência Farmacêutica;
- 12) Dificuldade de avaliação das ações e de quantificação dos gastos em Assistência Farmacêutica devido a fragmentações das ações.
- 13) Demanda crescente por medicamentos através do SUS e não atendidas satisfatoriamente;
- 14) Gastos elevados com medicamentos agravado pelo crescimento das ações judiciais;
- 15) Sobreposição de elencos;
- 16) Constantes solicitações de inclusão de medicamentos na listas dos hospitais, implicando o desconhecimento dos princípios norteadores do Uso Racional Medicamentos nos serviços de saúde, bem como conceito de medicamentos essenciais;

- 17) Indefinição política de fomento ao desenvolvimento tecnológico e produção de medicamentos no Estado;

GRUPOS POPULACIONAIS ESPECÍFICOS

Saúde da Criança

- 1) Elevadas taxas de morbi-mortalidade em menores de 9 anos por causas externas, destacando – se .a violência física e psicológica, a negligência e o abuso sexual;
- 2) Número insuficiente de Comitês Municipais de Prevenção a Mortalidade Infantil e Fetal nos municípios acima de 80.000 habitantes.
- 3) Ainda, número elevado de mortalidade infantil no Estado, sendo que o componente neonatal representa a maior parcela das mortes em menores de 1 ano.
- 4) Aumento da proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer
- 5) Desigualdades regionais relativas ao número de UTI e UCI infantis e neonatais.
- 6) Número insuficiente de bancos de leite humano no Estado
- 7) Poucos hospitais “Amigo da Criança”, quando comparados aos mais de 200 hospitais goianos que possuem leitos de maternidade.

Saúde do Adolescente

- 1) Elevado número de gravidez na adolescência, principalmente na população de baixa escolaridade;
- 2) Poucos serviços de saúde oferecendo atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes;
- 3) Uso e abuso de álcool e outras drogas;
- 4) Elevado número de contaminação pelas DST/AIDS
- 5) Violência elevada, causando inclusive a morte de muitos adolescentes.

Saúde da Mulher

- 1) Coeficiente de mortalidade materna elevado por hipertensão arterial, hemorragias, infecção puerperal e aborto, todas evitáveis.
- 2) O percentual de cesáreas no Estado é alto e com tendência crescente.
- 3) Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos abaixo do esperado.

- 4) Aumento da incidência de AIDS entre mulheres

Saúde do Idoso

- 1) A insuficiência cardíaca congestiva, a hipertensão arterial primária, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pneumonias destacam-se como as patologias de maior frequência;
- 2) As doenças do aparelho respiratório vêm apresentando uma tendência de aumento na mortalidade do idoso, principalmente DPOC;
- 3) Rede de cuidados integrais (promoção, prevenção tratamento e reabilitação) não implantada;
- 4) Pouca capacitação dos profissionais da saúde em assistência ao idoso.

Saúde da População Quilombola

- 1) Dificil acesso aos serviços de saúde.

Saúde da População Indígena

- 1) Alto índice de alcoolismo causando elevação do índice de morbidade por atos violentos,
- 2) A comunidade Karajá de Aruanã padece de grave problema da prostituição, ocorrendo alto índice de gravidez precoce entre as adolescentes..

Assistência à pessoa com deficiência física e auditiva

- 1) Existem pacientes na fila de espera para dispensação de próteses auditivas, porque os serviços que realizam tal procedimento têm um teto estabelecido pelo MS para a dispensação, que não pode ser ultrapassado;
- 2) Encontra-se parado o processo de aquisição dos equipamentos para os serviços de assistência à pessoa com deficiência auditiva dos municípios de Jataí e Formosa, por determinação da Gerência de Programação Orçamentária;
- 3) Indeferimento, por falta de recursos financeiros, da proposta de projeto ao MS para celebração de convênio, visando a aquisição de equipamentos para implantação de sete serviços de reabilitação nível intermunicipal;
- 4) Indisponibilidade de serviços com equipamentos que propiciem a ventilação nasal intermitente de pressão positiva a pacientes com Distrofia Muscular Progressiva.

Assistência à Pessoa Com Transtornos Mentais

- 1) Não existência de CAPS modalidade III nos municípios acima de 200.000 habitantes, onde a internação poderá acontecer até por sete dias;
- 2) Número insuficiente de CAPS no Estado, em algumas regiões de saúde, principalmente no entorno de Brasília e norte do estado.
- 3) A equipe multiprofissional do PAILI com vínculo precário e contratos temporários.

Saúde Bucal

- 1) Não integração entre SPAIS, SVISA e LACEN para a realização do monitoramento da dosagem do flúor na água de abastecimento nos 246 municípios do Estado;
- 2) Baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo em consequência, o estabelecimento de adequado sistema de referência e contra-referência em saúde bucal;
- 3) Número insuficiente de cirurgiões dentistas no serviço público, concentrados principalmente na capital;
- 4) Modelo da Saúde Bucal no Estado de Goiás, ainda centrado nas ações curativas, sem uma visão interdisciplinar, com número elevado de exodontias e procedimentos de alívio de dor, levando a altos índices de necessidades de reabilitação em prótese.

Assistência Integral à População Carcerária

- 1) Das treze EBS necessárias para operacionalização do Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário, somente duas equipes (incompletas) foram inseridas no CNES.
- 2) Equipes não capacitadas para desenvolver suas tarefas;
- 3) Inadequação do fluxo de encaminhamento da população carcerária para média e alta complexidade;
- 4) Indefinição dos atores, metas e prazos entre as secretarias de saúde e de justiça.

DST/AIDS e Anemia Falciforme

- 1) Maior risco de transmissão vertical de HIV devido ao elevado número casos de AIDS em mulheres de 20 a 49 anos;
- 2) As regionais Oeste I, Oeste II, Norte e Rio Vermelho estão descobertas de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA);
- 3) O município de Santo Antônio do Descoberto não recebeu os equipamentos, lavadora e leitora do MS para diagnóstico de Hepatites B e C no CTA;
- 4) Campos Belos têm os equipamentos para o diagnóstico de Hepatites B e C no CTA, mas não realiza o exame, por problemas de gestão municipal;

Saúde do Trabalhador

- 1) Entraves burocráticos para adequação e reforma do espaço físico da sede do CEREST Estadual de Goiás;
- 2) Déficit de profissionais para compor a equipe do CEREST Estadual de Goiás;
- 3) Falta de equipamentos e materiais para a sede própria do CEREST Estadual de Goiás;
- 4) Número insuficiente de CEREST para atender a população do Estado.

2 - CONDICIONANTES E DETERMINANTES DE SAÚDE

- 1) Integração insuficiente entre o PAILI e os CAPS
- 2) Vínculo precário da equipe multiprofissional do PAILI, afetando o trabalho intersetorial

3 - GESTÃO EM SAÚDE

Planejamento

- 1) Dificuldade na elaboração dos TCGM e morosidade na entrega, por parte dos municípios, apesar das reiteradas capacitações realizadas pela SES.
- 2) Deficiência de técnicos habilitados e número insuficiente dos mesmos.
- 3) Insuficiência de capacitação em planejamento para as diversas áreas da SES

Descentralização\regionalização

- 1) Pouca resolubilidade da atenção básica em alguns municípios
- 2) Redes fragmentadas dificultando o acesso integral em todos os níveis de atenção à população;
- 3) Plano Diretor de Investimentos não executado e desatualizado;
- 4) Plano Diretor de Regionalização em desacordo com as diretrizes do Pacto de Gestão
- 5) Problemas das Regionais de Saúde
 - a) Atraso de repasses financeiros (fundo rotativo), e não permissão para utilizar este recurso em algumas necessidades básicas: combustível, reforma e manutenção de veículos, material de consumo, diárias de servidores, etc.
 - b) Déficit no quadro de servidores administrativos e técnicos das equipes de supervisão;
 - c) Pouca qualificação de alguns gestores e técnicos, necessitando de educação permanente em saúde;
 - d) Precária estrutura física e equipamentos antigos e sucateados nas sedes próprias das Regionais, necessitando de reforma;
 - e) Alugueis dos prédios de algumas Regionais (Formosa, São Luiz de Montes Belos, Anápolis) atrasados, com dificuldades no trâmite destes processos;
 - f) Sede da regional Nordeste, Campos Belos, de difícil acesso, necessitando de revisão de acordo com PDR;
 - g) Telefonia e energia elétrica das regionais de Ceres e Itumbiara com dificuldades na agilização de pagamentos de contas de consumo
 - h) Falta de integração entre as Regionais de Saúde e com o nível central;
 - i) Atrasos nos pagamentos das diárias;
- 6) Problemas da RIDE
 - a) Precariedade e insuficiência dos serviços públicos prestados nos municípios do entorno do DF, impondo ao mesmo o acolhimento da demanda não atendida;
 - b) Afecções originárias no período perinatal como principais causas de mortalidade entre os menores de 1 ano;
 - c) Alta prevalência, nas faixas etárias mais jovens, de causas externas, tais como: os acidentes de transporte, afogamentos, agressões;
 - d) Altas taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias entre os mais velhos;
 - e) As doenças infecciosas e parasitárias predominam como causas de mortalidade em Cabeceiras e Mimoso;
 - f) Taxa de mortalidade infantil acima da nacional, em cinco municípios da região;
 - g) Dificuldade de fixação de profissionais e de estruturação dos serviços na atenção básica;

- h) Dificuldade na informação de local de residência dos pacientes da região, levando ao sub-registro no sistema de saúde do DF.

Financiamento

- 1) Insuficiência e irregularidade no repasse de recursos financeiros para a SES, por parte do Governo, dificultando a execução das ações planejadas.
- 2) Os Recursos do FNS transferidos ao FUNESA para atender as atividades de educação em saúde não estão sendo repassados ao FUNGESP contrariando o artigo 4, § 1º da Lei 15.260 (objetivo básico custear as despesas decorrentes do funcionamento da ESAP/GO).

Participação social

- 1) Fragilidade e baixa taxa de efetividade das ações dos conselhos de saúde,
- 2) Ausência, de ações protagônicas dos processos de mobilização social e institucional com vistas à superação de entraves relacionados, ao cumprimento do financiamento mínimo (EC-29/2000), ao ordenamento de uma política de pessoal capaz de responder às necessidades da rede de atenção à saúde, à descentralização das ações de média e alta complexidade, à implantação de mecanismos de transparência, de regulação e avaliação do sistema de saúde e, ao fortalecimento dos conselhos de saúde e, conseqüentemente, da gestão em saúde, dentre outros;
- 3) Ausência ou insuficiência das condições de espaço físico, de assessoramento técnico, de pessoal capacitado para serviços de apoio e financiamento das suas ações;
- 4) Ausência ou insuficiência de conhecimentos dos conselheiros sobre o exercício de suas atribuições e da organização e funcionamento do SUS.
Regulamentação inadequada na maioria dos conselhos de saúde.

Gestão do trabalho em saúde

- 1) Precarização de vínculos empregatícios de alguns trabalhadores na SES;
- 2) Precarização de vínculos empregatícios em alguns municípios de agentes comunitários de saúde, Agentes de Combate às Endemias e demais profissionais da ESF/atenção básica;
- 3) Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração para os servidores da SES, em processo de discussão e conclusão necessitando de apreciação e aprovação;

Educação em saúde

- 1) Baixo investimento na Escola de Saúde Pública- ESAP, implicando na diminuição de recursos humanos capacitados na rede de serviços do SUS;
- 2) Insuficiência e inadequação da área física, dos equipamentos áudio visuais, de informática, insumos necessários para as atividades da Escola e transporte;
- 3) Inadequação das normas, rotinas e processos de trabalho de estágios na Rede da SES;
- 4) Insuficiência de recurso financeiro da SES para a extensão da Qualificação de Gestão – Perfil de Competências para todos os gerentes e coordenadores das regionais de saúde da SES, bem como a implantação em toda a Rede de serviços da SES-GO;

- 5) Dispersão das ações de educação em saúde nos diversos setores da SES, necessitando de aglutinação, planejamento, avaliação e difusão.
- 6) Necessidade de pessoal da VISA muito diversificado, sendo que muitas vezes, não fazem parte do quadro da Secretaria Estadual de Saúde, dificultando sua inclusão nos concursos e sua lotação nos serviços de vigilância sanitária.

Informação em saúde

- 1) Demora na alimentação do sistema de informação de mortalidade
- 2) O sistema de informação do centro de referência para imunobiológicos especiais está implantado apenas no HMI, necessitando da implantação do CRIE Virtual do nível Central (GVE/SPAIS), para recebimento de informações das subunidades do CRIE no Estado;
- 3) Não implantação do SI-AIU – sistema de informação de apuração e utilização de imunobiológicos no Estado;
- 4) Baixa cobertura na alimentação do SI-EDI – sistema de informação e distribuição de imunobiológico;
- 5) Subnotificação no SI-EAPV – sistema de informação de eventos adversos pós-vacinação;
- 6) Sistema de informação do programa de avaliação do instrumento de supervisão prejudicado pelo deficit de recursos humanos em todos os níveis.

Infra-estrutura

- 1) Infra-Estrutura da SES sucateada, com reformas e execução de novas construções isoladas e sem planejamento;
- 2) Falta de pagamento de empresas contratadas para manutenção preventiva e corretiva das unidades;
- 3) Inexistência de fluxos para solicitação de reparos e manutenção da estrutura física da SES;
- 4) Existência de várias obras iniciadas e inacabadas;
- 5) Inadequação da estrutura predial em vários setores da SES;
- 6) Equipamentos insuficientes para viabilizar as ações fiscalizadoras da VISA;
- 7) Falta de manutenção periódica dos veículos da SES.
- 8) Equipamentos de informática defasados em alguns setores da secretaria;

III – OBJETIVOS, DIRETRIZES, ESTRATÉGIAS E METAS.

EIXO I: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

OBJETIVO 1: Fortalecer e implementar o Sistema de Vigilância Epidemiológica Estadual (VEE) no que se refere à ampliação da sua capacidade de análise de situação de saúde e de resposta às necessidades da população.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Fortalecimento do Sistema de Vigilância Epidemiológica Estadual	<ul style="list-style-type: none">▪ Ampliação do número de recursos humanos para atender novas áreas da VE;▪ Elaboração e implantação do Plano de Cargo, Carreira e Salário para profissionais da VE;▪ Implantação do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde;▪ Reestruturação das Regionais de Saúde: ampliação quantitativa de recursos humanos e apoio logístico.

METAS	PERÍODO
1 - Contratar 10 profissionais de nível superior e 05 de nível médio (informática)	2008
2 - Elaborar e implantar o Plano de Cargo, Carreira e Salário para profissionais da VE (01)	2008-2009
3 - Implantar o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (01)	2009
4 - Contratar 02 profissionais do nível superior e 02 da área de informática (01 superior, 01 médio) especificamente para coordenação das ações de VE e Imunizações.	2009
5 - Definir e repassar mensalmente às ARS um valor na forma de adiantamento ou similar para custeio das ações de VE especialmente as emergências epidemiológicas.	2009

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Implementação do Sistema de Vigilância Epidemiológica Estadual	<ul style="list-style-type: none">▪ Implantação da Vigilância Epidemiológica da Paracoccidiodomicose;▪ Implantação da Vigilância Epidemiológica das Pneumonias;▪ Implementação da Vigilância Epidemiológica no âmbito hospitalar;▪ Implementação da Vigilância da Varicela;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação da vigilância da Influenza no Estado; ▪ Implementação da vigilância das Meningites; ▪ Implantação da Vigilância da Febre do Nilo; ▪ Implementação da Vigilância epidemiológica da Malária do Estado.
--	---

METAS	PERÍODO
1 - Estruturar 01 protocolo de VE de Paracoccidiodomicose; - Definir município piloto; - Divulgar e capacitar todos os profissionais, do município piloto, envolvidos com a VE de Paracoccidiodomicose.	2008 – 2011
2 - Implantar VE das Pneumonias nos 246 municípios.	2008-2011
3 - Implantar 01 Núcleo de VE Hospitalar no Estado e em um município do interior.	2009-2010
4 - Implantar VE da Varicela nos 246 municípios.	2008-2011
5 - Implantar 01 unidade sentinela para Influenza na capital.	2008-2011
6 - Descentralizar kits de diagnóstico laboratorial das meningites bacterianas para três municípios; - Implantar identificação etiológica laboratorial das meningites.	2008-2011
7- Estruturar 01 protocolo de VE de Febre do Nilo; - Definir município piloto; - Divulgar e capacitar todos os profissionais dos municípios piloto envolvidos com a VE de Febre do Nilo.	2008-2011
8 - Elaborar as cartas anofélica e malacológica para o Estado;	2008-2011

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Melhoria da qualidade da informação através da implementação dos sistemas informação existentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento da cobertura do SIM e SINASC; ▪ Monitoria da implantação do SINAN-NET; ▪ Redução do nº. de óbitos por causas mal definidas; ▪ Centralização do recebimento dos bancos de dados via WEB; ▪ Divulgação da informações da VE na Internet.

METAS	PERÍODO
1 - Aumentar a cobertura do SIM e SINASC em 10% e 5% respectivamente.	2008-2011
2 - Monitorar a implementação do SINAN-NET nos 246 municípios através da ARS.	2008-2011
3 - Reduzir para menos de 7% o número de óbitos por causas mal definidas no Estado.	2008-2011
4 - Centralizar o recebimento dos bancos de dados via WEB, na SPAIS.	2009
5 - Criar link para da VE através da página na internet da SES.	2008-2009

OBJETIVO 2: Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes e/ou imunopreveníveis, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Prevenção e Controle Doenças Imunopreveníveis e Manter Erradicada a Poliomielite	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação da vacinação de rotina contra hepatite B no Estado; ▪ Implementação da vacinação contra pólio; ▪ Implementação da vacinação contra tétano; ▪ Implementação da vacinação de tríplice; ▪ Implantação de 01 unidade sentinela para Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) na capital; ▪ Realização de campanha de vacinação com Tríplice Viral para população de 20 a 39 anos de idade no Estado; ▪ Elaboração do Plano Estadual de Combate a Pandemia de Influenza. ▪ Implementação da rede de frio e CRIE do Estado; ▪ Implementação da Vigilância epidemiológica da Coqueluche, Influenza e SRC.

METAS	PERÍODO
1 - Vacinar pelo menos 80% dos idosos no Estado contra a gripe com homogeneidade de 85%; - Vacinar, anualmente, cerca de 80% da população idosa contra a gripe. - Manter o alcance da meta de vacinação dos Idosos contra a gripe em todos os municípios do Estado.	2008 - 2011
2 - Manter e aumentar a proporção de 70% municípios com cobertura vacinal adequada (95%) para hepatite B em menores de 1ano de idade.	2008 – 2011
3 - Manter e aumentar a proporção de 70% municípios com cobertura vacinal adequada (95%) para poliomielite em menores de 1ano de idade.	2008 – 2011
4 - Manter e aumentar a proporção 70% municípios com cobertura vacinal adequada (95%) para tetravalente em menores de 1ano de idade.	2008 – 2011
5 - Manter e aumentar a proporção de 70% municípios com cobertura vacinal adequada (95%) para tríplice viral em crianças de 1ano de idade.	2008 - 2011
6 - Realização adequação física do Centro de Referência para Imunobiológico Especiais (CRIE) no HMI; - Realizar adequação física da Rede de Frio para imunobiológico no Estado.	2008 - 2011

7 - Implantar 01 unidade sentinela para coqueluche.	2008 - 2011
---	-------------

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Prevenção e Controle das Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação das ações de Vigilância Epidemiológica das doenças transmitidas por vetores.

METAS	PERÍODO
1 - Realizar investigação epidemiológica oportuna para raiva humana em 200% das notificações.	2008 - 2011
2 - Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> em no mínimo 80% imóveis em seis inspeções por ano.	2008 - 2011
3 - Reduzir o número de casos de dengue em 25% em relação ao ano anterior.	2008 - 2011
4 - Monitorar o vírus circulante da dengue em 100% dos municípios prioritários.	2008 - 2011
5 - Descentralizar para os Centros de Zoonoses as ações de controle da leishmaniose canina dos municípios com transmissão de leishmaniose visceral através de pactuação na CIB.	2008 - 2011
6 - Elaborar o Plano Estadual de Combate a Febre Amarela	2011
7 - Adquirir EPI para investigação dos casos suspeitos de hantavirose in loco.	2009

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Divulgação da Convenção-Quadro para Controle do Tabagismo da OMS; ▪ Implantação da Vigilância Epidemiológica Estadual das Doenças Não Transmissíveis através do monitoramento de indicadores pactuados pelo Ministério da Saúde em todas as Administrações Regionais de Saúde; ▪ Expansão da Estratégia CARMEN para as Regionais de Saúde para prevenção e controle dos fatores de risco das doenças não transmissíveis.

METAS	PERÍODO
1 - Incluir informações sobre a Convenção Quadro, em 100% das campanhas anuais de Controle do Tabagismo.	2008-2011
2 - Capacitar um profissional de cada ARS para servir de multiplicador e oferecer suporte aos municípios nas 16 ARS.	2008-2011
3 - Incluir a Estratégia CARMEN em 100% das capacitações da Seção de Doenças Não Transmissíveis, para as ARS e municípios.	2008-2011

DIRETRIZ 04	ESTRATÉGIAS
-------------	-------------

Promoção da Saúde do Trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estruturação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Estadual: recursos humanos, adequação física e aquisição de equipamentos; ▪ Implantação da Vigilância Epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho; ▪ Elaboração do mapa de risco à saúde dos trabalhadores do Estado; ▪ Implantação de dois CEREST regionais para abrangência das regiões sul e sudeste do Estado.
----------------------------------	--

METAS	PERÍODO
1 - Estruturar o CEREST Estadual com recursos humanos, materiais e físicos adequados.	2008-2011
2 - Capacitar 100% das Unidades Sentinelas na Vigilância Epidemiológica dos Agravos e Doenças relacionados ao Trabalho.	2008-2011
3 - Produzir um relatório anual sobre a saúde dos trabalhadores do Estado.	2008-2011
4 - Solicitar junto ao Ministério da Saúde a implantação de dois CEREST regionais para as regiões sul e sudeste do Estado	2008-2011

DIRETRIZ 05	ESTRATÉGIAS
Promoção da Alimentação Saudável e Combate à Desnutrição	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecimento e implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nas Regionais de Saúde; ▪ Elaboração e aprovação da Política Estadual de Alimentação e Nutrição.

METAS	PERÍODO
1 - Atualizar 100% das ARS nas novas estratégias do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.	2008-2011
2 - Aprovar a Política Estadual de Alimentação e Nutrição.	2009

OBJETIVO 3: Reduzir a Morbimortalidade por Acidentes e Violências

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências	Articulação intersetorial para estruturação do Núcleo Estadual de prevenção de acidentes e violência.

METAS	PERÍODO
1 - Implantar do Núcleo Estadual de Prevenção de Acidentes e Violência.	2008-2009

TUBERCULOSE

OBJETIVO 1: Reduzir a morbidade/mortalidade por tuberculose no Estado de Goiás.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Ampliar as ações de vigilância epidemiológica.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assessoria, monitoria e implementação das ações de controle da Tuberculose.

METAS	PERÍODO
1- Reduzir a incidência de 15,0/100.000 hab. para 12,0/100.000 hab.	2008-2011
2-Reduzir o percentual de abandono de tratamento de 9,1% para 6,0%.	2008-2011
3 - Aumentar o percentual de cura de 64,0% para 80,0%.	2008-2011
4 - Aumentar a cobertura de pacientes com Tratamento Supervisionado de 35,4% para 50,0%.	2008-2011
5 - Manter o percentual de 100,0% de sintomáticos respiratórios examinados.	2008-2011
6 - Manter taxa de detecção de casos acima de 70,0%.	2008-2011
7 - Manter taxa de mortalidade em 1,0/100.0000.	2008-2011
8 - Realizar semestralmente a análise do impacto das ações de controle.	2008-2011
9 - Intensificar realização do teste anti-HIV aos pacientes em tratamento de 46,0% para 60,0%.	2008-2011

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Ampliar a cobertura das ações de controle da tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação de ações de diagnóstico e tratamento nas Unidades Básicas de Saúde.

METAS	PERÍODO
1 - Ampliar a cobertura das ações de controle da tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde de 82,0% para 90,0%.	2008 a 2011
2 - Manter a cobertura das ações de controle da tuberculose em 100% dos municípios.	2008-2011
3 - Realizar semestralmente 1 oficinas de avaliação e planejamento das ações de controle da tuberculose com gestores dos municípios prioritários (Goiânia e Ap. de Goiânia).	2008-2011
4 - Assessorar na realização de pelo menos 01 capacitação/ano de recursos humanos em ações de controle da tuberculose pelas Regionais de Saúde.	2008-2011
5 - Realizar o monitoramento/ano das atividades de controle da TB nos municípios sede de Regional.	2008-2011

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Intensificar as ações de divulgação da tuberculose e implementar a mobilização da comunidade para o agravo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Divulgação dos sinais e sintomas da Tuberculose.

METAS	PERÍODO
1- Apoiar a realização de no mínimo 01 campanha de divulgação dos sinais e sintomas da Tuberculose coordenada pelas Regionais de Saúde/Municípios.	2008-2011
2- Produzir e disponibilizar material educativo através das Regionais de Saúde aos 246 Municípios.	2008-2011

HANSENÍASE

OBJETIVO 1: Implementar as Ações de Controle da Hanseníase no Estado.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Ações de Vigilância Epidemiológica visando o controle da doença	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensificação da busca de casos novos

METAS	PERÍODO
1- Ampliar a proporção de contatos intradomiciliares examinados para 75%	2008-2011
2 – Intensificar as ações de controle visando ampliar a detecção de casos novos em 100% dos municípios silenciosos.	2008-2011
3- Monitorar e reavaliar os casos de hanseníase em 100% dos menores de 15 anos.	2008-2011
4- Reavaliar 100% dos casos de recidiva notificados / ano.	2008-2011

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Descentralização das ações de controle da hanseníase.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação das ações de diagnóstico e tratamento nas Unidades Básicas de Saúde

METAS	PERÍODO
1- Manter a cobertura das ações de controle da hanseníase nas Unidades Básicas de Saúde em 82%.	2008-2011
2- Manter a cobertura das ações de controle da hanseníase em 100% dos municípios.	2008-2011
3- Realizar anualmente 01 oficinas de avaliação e planejamento das ações de controle da hanseníase com gestores das Regionais de Saúde.	2008-2011
4- Assessorar na realização de pelo menos 01 capacitação/ano de recursos humanos em ações de controle da hanseníase pelas Regionais de Saúde.	2008-2011
5- Monitorar as atividades de supervisão realizada pelas Regionais de Saúde (02 / ano).	2008-2011
DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS

Mobilização da comunidade a cerca da hanseníase.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase.
--	---

METAS	PERÍODO
1- Elaborar anualmente carta de alerta aos Secretários Municipais de Saúde sobre o controle da hanseníase e enviar aos 246 municípios goianos.	2008-2011
2- Apoiar a realização de no mínimo 01 campanha de divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase coordenada pelas Regionais de Saúde/Municípios.	2008-2011
3- Produzir e disponibilizar material educativo através das Regionais de Saúde aos 246 Municípios.	2008-2011

DIRETRIZ 04	ESTRATÉGIAS
Prevenção de incapacidades e Reabilitação em Hanseníase.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantia do acesso das pessoas atingidas pela hanseníase aos serviços de prevenção de incapacidades e reabilitação.

METAS	PERÍODO
1- Organizar o fluxo de encaminhamentos das pessoas atingidas pela hanseníase na rede de serviços na média e alta complexidade articulada com a área de assistência a pessoa com deficiência.	2008
2- Realizar 01 curso/ano de reabilitação em hanseníase, em conjunto com a área da pessoa com deficiência, para profissionais da rede estadual de reabilitação física.	2008-2011
3- Realizar 01 curso/ano de prevenção de incapacidades para multiplicadores da atenção básica.	2008-2011
4- Viabilizar a implantação de curativos inovadores em úlceras neurotróficas decorrentes da hanseníase no Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica e dois Centro de Assistência Integral à Saúde – CAIS em Goiânia.	2008-2011

DST/AIDS

OBJETIVO 1: Implementar as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e assistência as DST/HIV/AIDS.

Aumentar a cobertura das ações de promoção, prevenção, diagnóstico e assistência das DST/HIV/Aids.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação de ações de promoção, prevenção das ▪ DST/HIV/Aids de acordo com o perfil epidemiológico do estado. ▪ Elaboração e reprodução de materiais
--	--

	<p>educativos na área de DST/HIV/Aids para as ações de promoção, prevenção, diagnóstico e assistência.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de campanhas educativas/informativas através da veiculação na mídia (rádio e TV) e distribuição de materiais educativos. ▪ Assessoramento às Secretarias Municipais de Saúde na implantação de Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA. ▪ Assessoramento às Secretarias Municipais de Saúde na implantação de Serviços de Assistência Especializada - SAE. ▪ Estabelecimento de parcerias com as ONG e Casas de Apoio. ▪ Capacitação de profissionais de saúde para testagem rápida como diagnóstico do HIV. ▪ Estabelecimento em conjunto com o LACEN, SPLAN e SCATS da Rede de Diagnóstico da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, conforme Plano Diretor de regionalização – PDR. ▪ Estabelecimento em conjunto com o LACEN, SPLAN e SCATS da Rede de Diagnóstico e Tratamento das Hepatites, conforme Plano Diretor de regionalização – PDR.
--	---

METAS	PERÍODO
1- Promover o enfrentamento da interiorização, feminização e juvenização da Aids em 236 municípios goianos.	2008 – 2011
2 - Disponibilizar material educativo para os 236 municípios goianos.	2008-2011
3 - Realizar 03 campanhas educativas/informativas de promoção e prevenção das DST/HIV/Aids anualmente.	2008-2011
4 - Implantar 04 Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA para o diagnóstico do HIV/Sífilis e Hepatite.	2008-2011
5 - Implantar 03 Serviços de Assistência Especializada – SAE para o atendimento as pessoas que vivem com HIV/Aids.	2008-2011
6 - Realizar 08 capacitações anuais para profissionais que atuam na área de DST/HIV/Aids na promoção, prevenção, diagnóstico, assistência e Organizações Não Governamentais – ONG e entidades.	2008-2011
7 - Realizar parcerias com 16 ONG e 04 Casas de Apoio para Adultos que Vivem com HIV/Aids, no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção junto às populações vulneráveis.	2008-2011
8 - Implantar a testagem rápida como diagnóstico do HIV em 2 serviços de saúde anualmente.	2008-2011
9 - Implantar a Rede de Diagnóstico da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV.	2008-2011

10 - Implantar a Rede de Diagnóstico e Tratamento das Hepatites.	2008-2011
--	-----------

LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA – LACEN

OBJETIVOS:

- Fortalecer a Atenção Básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando a estratégia de estruturação dos laboratórios para análise de baixa complexidade nos municípios.
- Regionalizar e descentralizar a oferta de tecnologia de maior complexidade observando as necessidades das Regiões de Saúde.
- Empreender ações contínuas para incrementar a atenção especializada, visando garantir a integralidade da atenção ao usuário do SUS.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Fortalecimento da Rede de Laboratórios para Doenças de Notificação Compulsória.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecimento da Rede de Laboratórios com a estruturação dos laboratórios para análise de média complexidade para Doenças de Notificação Compulsória: meningites, hepatites, dengue, tuberculose, hanseníase, leishmaniose malária.

METAS	PERÍODO
1 - Rede 100% estruturada e fortalecida.	2008-2011

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Diagnóstico Laboratorial de agravos de Saúde Pública.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas – sarampo e rubéola. ▪ Encerramento de casos de meningite bacteriana por critério laboratorial. ▪ Implantação do aconselhamento e testagem sorológica para hepatites B e C nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA. ▪ Realização de testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes. ▪ Supervisão nos laboratórios públicos identificados pelo LACEN/GO e que realizam diagnóstico de doenças de notificação compulsória e agravos de interesse sanitário.

METAS	PERÍODO
--------------	----------------

1 - 100% dos casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados laboratorialmente por meio de sorologia, conforme Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde – PAP/VS.	2008-2010
2 - No mínimo 45,9% dos casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente por meio de técnicas de cultura, contra-imunoeletroforese ou látex, com incremento relativo de 3% da meta (conforme PAP/VS).	2008
3 - 10 CTA implantados, realizando aconselhamento e testagem para hepatites virais B e C (conforme PAP/VS).	2008
4 - 100% das gestantes com VDRL realizado, obedecendo ao parâmetro de 01 teste no parto, no mínimo (conforme PAP/VS).	2008-2010
5 - 70% dos laboratórios identificados pelo LACEN/GO supervisionados (conforme PAP/VS), anualmente.	2008-2011

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Realização de exames para controle de doenças	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de exames coprocópicos para controle de esquistossomose em áreas endêmicas.

METAS	PERÍODO
1 - Manter a média de 1.500 exames realizados nos últimos 05 anos pela SES/GO (conforme PAP/VS).	2008-2010

DIRETRIZ 04	ESTRATÉGIAS
Capacitação de técnicos para a Rede de Laboratórios para Doenças de Notificação Compulsória.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitação de técnicos para realização de análise para Doenças de Notificação Compulsória: meningites, hepatites, dengue, tuberculose, hanseníase, leishmaniose malária.

METAS	PERÍODO
1 - Capacitar 100% dos técnicos multiplicadores dos serviços descentralizados.	2008-2010

OBJETIVOS:

- Cumprir as Portarias Ministeriais 2606/2005 e 3202/2007 de incentivo de metas para o alcance de graduação em níveis de complexidade da atenção, pelo LACEN/GO.
- Cumprir a Resolução /ANVISA N°. 3, DE 28/01/2008.
- Manter o parque tecnológico do LACEN/GO, visando à conservação da capacidade operacional do Laboratório.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Graduação do LACEN/GO para o nível D	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumprimento das Portarias Ministeriais 2606/2005 e 3202/2007, de incentivo de metas, para o alcance de graduação em níveis de complexidade, pelo LACEN/GO. ▪ Aplicação dos recursos disponibilizados a partir do exercício de 2007 para o

	cumprimento de metas de incentivo.
--	------------------------------------

METAS	PERÍODO
1 – Portarias 100% cumpridas;	2008-2011
2 - Graduação do LACEN/GO para o nível D, alcançada.	2008-2009

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Manutenção do parque tecnológico do LACEN/GO, visando à conservação da capacidade operacional do Laboratório.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efetivação dos contratos de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do LACEN/GO; ▪ Efetivação dos contratos para calibração e validação de equipamentos do LACEN/GO

METAS	PERÍODO
1- 100% dos contratos efetivados	2008-2011

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Prestação de contas em conformidade com a Resolução/ANVISA N°.3/2008.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumprimento da Resolução N°. 3, de 28/01/2008, que trata das metas e prestação de contas a ser cumprida pelo LACEN/GO. ▪ Elaboração do relatório trimestral de execução financeira.

METAS	PERÍODO
1 – Cumprimento de 100% da resolução N°.3/2008.	2008 - 2011
2 - Relatório trimestral de execução financeira elaborado.	2008 - 2011

DIRETRIZ 04	ESTRATÉGIAS
Continuidade das ações do Programa da Qualidade em Saúde do LACEN/GO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização da II Convenção da Qualidade do LACEN/GO. ▪ Realização da II Convenção Gerencial ▪ Obtenção da certificação ISO 9001/2000

METAS	PERÍODO
1 - Convenções da Qualidade e Gerencial realizadas, com a participação de 100% dos colaboradores do LACEN/GO com desempenho de funções estratégicas.	2008
2 - Cumprir 100% das metas para obtenção da certificação ISO 9001/2000	2008

DIRETRIZ 05	ESTRATÉGIAS
--------------------	--------------------

Definição de nova estrutura organizacional do LACEN/GO	<ul style="list-style-type: none"> Adequação da estrutura organizacional às novas demandas da gestão administrativa (processos meio) e da gestão dos serviços (processos finalísticos).
--	--

METAS	PERÍODO
1 – 100% da estrutura organizacional adequada às demandas do LACEN/GO.	2008-2010

DIRETRIZ 06	ESTRATÉGIAS
Fortalecimento do Ensino e Pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> Celebração de convênio de cooperação técnica e científica com a Universidade Federal de Goiás.

METAS	PERÍODO
1 - Convênio celebrado.	2008 -2011

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBJETIVO 1: Fortalecer e modernizar a gestão e melhorar a qualidade das ações serviços de saúde.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Desenvolvimento das ações de formação e educação permanente e continuada das pessoas que atuam no SUS.	<ul style="list-style-type: none"> Constituir equipe de vigilância sanitária de nível central e regional de técnicos com formação multiprofissional. Fomentar a política de formação e desenvolvimento de recursos humanos. Fomentar as práticas de educação sanitária.

METAS	PERÍODO
1. Capacitar 100% dos técnicos do nível central e regional, e 01 técnico de VISA de cada município.	2008-2011
2 - Elaborar, publicar e distribuir 20.000 cartilhas, folders, panfletos, cartazes dentre outros materiais de educação sanitária.	2008-2011

OBJETIVO 2: Consolidar a descentralização e regionalização do SUS.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Promoção da descentralização da gestão e municipalização das ações e serviços de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> Promover a pactuação com os municípios tendo como instrumento o Plano de Ação Municipal de Vigilância Sanitária e Ambiental. Estruturar e fortalecer as VISA municipais.

META	PERIODO
1 - Elaborar e executar anualmente o Plano de Ação da Vigilância Sanitária Estadual;	2008-2011
2 - Colaborar na elaboração, monitorar e avaliar dos Planos de Ação de VISA dos 246 municípios;	2008-2011
3 - Fortalecer e/ou estruturar os sistemas municipais de VISA, em 50% dos municípios;	2008-2011
4 - Manter atualizado 100% do cadastro dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.	2008-2011

OBJETIVO 3: Ampliar a vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Garantia de segurança, eficácia e qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inspeccionar produtos, serviços, insumos e ambientes sujeitos a Vigilância Sanitária. ▪ Realizar a Vigilância Sanitária em Saúde relacionada à Qualidade da água para consumo humano. ▪ Realizar a Vigilância Sanitária em Saúde relacionada ao solo contaminado. ▪ Divulgar e orientar a elaboração e a implantação dos Planos de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. ▪ Aplicar as penalidades previstas de acordo com a legislação nos casos de infração.

METAS	PERÍODO
1- Inspeccionar 60% dos produtos, serviços e ambientes sujeitos ao regime de vigilância sanitária, para concessões normais e especiais e renovação de autorização de funcionamento de empresa – AFE;	2008 -2011
2 - Concessão de 100% dos alvarás de: licenciamento de abertura de estabelecimento e renovação de licenciamento;	2008 -2011
3 - Realizar 50% coletas de amostras de produtos para: análise de controle, de orientação e fiscal: estratégia de controle sanitário para o gerenciamento de riscos;	2008 -2011
4 - Realizar 50% de coletas de amostra de: água para diálise, hemoderivados, insumos farmacêuticos, medicamentos, insumos imunobiológicos e de sangue	2008 -2011
5- Análise de 100% dos balanços de produtos sujeitos de controle especial;	2008 -2011

6- Elaborar e executar 40% de programas e projetos referentes a qualidade de alimentos expostos ao consumidor.	2008 -2011
7- Expedição 100% de alvará de licenciamento sanitário e realizar inspeções sanitárias nos estabelecimentos de: serviço de diagnóstico e tratamento do câncer de Colo e útero e Mama; serviços hospitalares (maternidades e UTI neonatal, serviços de alimentação, hemoterapia, diálise e nefrologia).	2008 -2011
8 – Realizar 100% da investigação e controle sanitário de infecções hospitalares; intoxicações e reações adversas e queixas técnicas de produtos para a saúde (medicamentos, hemoderivados, cosméticos, saneantes, correlatos e produtos de uso doméstico, comercial e industrial) pós-comercialização; acidentes de trabalho, agravos, óbitos, amputações e doenças relacionadas ao trabalho;	2008 -2011
9 - Elaborar e divulgar 100% dos alertas sanitários.	2008 -2011

OBJETIVO 4: Fortalecer e modernizar a gestão e melhorar a qualidade das ações nos serviços de saúde.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Modernização da gestão orçamentária e financeira da SES.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instituir o Fundo Especial de Gestão para promover a descentralização da execução orçamentária e financeira. ▪ Fomentar o processo de pactuação com incentivo financeiro para os municípios estruturar e desenvolver as das ações de VISA.

META	PERÍODO
1- Repassar 100% dos recursos financeiros ao gestor municipal para a estruturação dos serviços.	2008 -2011

OBJETIVO 5: Ampliar a Vigilância Sanitária de produtos, serviços e ambientes.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Garantia de segurança, eficácia e qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver ações de intervenção nos riscos sanitários. ▪ Elaborar roteiro de supervisão técnica para monitoramento e avaliação das ações de VISA. ▪ Implantar o Programa de Prevenção e Controle de Infecção em Saúde. ▪ Implantar as Coordenações Municipais de Controle de Infecção em Serviços de Saúde. ▪ Elaborar e implantar o plano anual de capacitação para os profissionais que

	atuam em Comissões de Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CCISS) e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH/ CCIH).
--	--

META	PERÍODO
1. Supervisionar, monitorar e avaliar as ações desenvolvidas, aplicando o roteiro de supervisão em 50% dos municípios;	2008-2011
2. Cadastrar 100% dos estabelecimentos de interesse à saúde no SINAVISA;	2008-2011
3. Implantar e alimentar o SINAVISA em 50 municípios;	2008-2011
4-Implantar e implementar o Programa de Prevenção de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (PEPCISS) para os 246 municípios;	2008-2011
5- Divulgar em conjunto com a Coordenação de Educação Sanitária o material educativo elaborado e confeccionado pela ANVISA/MS e por órgãos afins, junto às 50% das Comissões Municipais de Infecção em Serviços de Saúde e 50% dos estabelecimentos de saúde;	2008-2011
6- Criar 01 site para a CECIH, com informações de interesse para os profissionais;	2008-2011
7- Desenvolver anualmente programas baseados nos indicadores gerados pelos dados notificados/coletados de infecção nos serviços de saúde.	2008-2011

OBJETIVO 6: Fomentar as ações de saneamento ambiental voltadas à prevenção e o controle de doenças.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Ampliação da cobertura dos serviços de saneamento ambiental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorizar a informação no campo da vigilância ambiental. ▪ Gerir e operar os sistemas de informação: SISÁGUA E SISOLO. ▪ Identificar os municípios de risco relacionado à qualidade do ar. ▪ Desenvolver ações de educação sanitária e ambiental nos municípios goianos. ▪ Atuar em conjunto com a Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar nos planos de ação para ampliação da vigilância sanitária das questões de controle de infecção nos serviços de saúde.

META	PERÍODO
1. Cadastrar 70% das áreas com populações expostas ou potencialmente expostas ao solo contaminado – VIGISOLO;	2008-2011

2- Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da água para consumo humano nos 246 municípios – VIGIÁGUA;	2008-2011
3- Identificar 100% dos municípios de risco para a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade do Ar – VIGIAR;	2008-2011
4. Cadastrar 100% dos sistemas de soluções alternativos e coletivos de abastecimento de água para consumo humano;	2008-2011
5- Elaborar 01 banco de dados sobre resíduos de drogas veterinárias e agrotóxicos e disponibilizar as informações para a sociedade através dos meios de comunicação;	2008-2011
6. Divulgar e orientar a elaboração e a implantação dos Planos de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS em 50% dos estabelecimentos de saúde;	2008-2011

ATENÇÃO BÁSICA

OBJETIVO 1 : -Promover o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, como modelo de assistência da Atenção Básica, no Estado.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Garantia da Atenção Básica como porta de entrada no Sistema Único de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidação e qualificação da estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios. • Assessoramento aos diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de saúde da família, respeitando as especificidades loco - regionais. • Assessoramento técnico e financeiro aos municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações da Atenção Básica.

METAS	PERÍODO
1 - Ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família para 70% da população do estado.	2008 - 2011
2- Monitorar os indicadores epidemiológicos em 100% dos municípios beneficiados com recursos financeiros referentes à Compensação das Especificidades Regionais – CER.	2008 - 2011
3 - Garantir a contra partida estadual de 25% do valor repassado pelo Ministério da Saúde aos municípios que possuem a Estratégia de Saúde da Família implantada.	2008-2011

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
--------------------	--------------------

Ampliação da universalidade, integralidade, equidade e acessibilidade aos serviços de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). • Implantação do processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica no Estado. • Inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.
--	---

METAS	PERÍODO
1 - Assessorar 100% dos municípios que atendem aos critérios para implantação de Núcleos de Apoio a Saúde da Família tipo I, tipo II e consórcio na implantação dos mesmos.	2008 - 2011
2 - Assessorar a implantação da estratégia de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) em 30% dos municípios.	2008-2011
3 - Realizar 15 Oficinas Técnicas junto aos Colegiados de Gestores Regionais, em parceria com Ministério Público Trabalho para discussão da desprecarização dos vínculos empregatícios.	2009

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Qualificação da gestão em Atenção Básica.	<ul style="list-style-type: none"> • Qualificação profissional em gestão e planejamento • Qualificação dos Gestores. • Articulação com Gerencia de Educação em Saúde Pública (GESAP) a realização de ações de educação permanente.

METAS	PERÍODO
1 - Qualificar 70% dos profissionais da Atenção Básica vinculada a Estratégia Saúde da Família.	2008-2011
2 - Viabilizar através da Universidade Federal de Goiás e Ministério da Saúde, a oferta de 02 cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.	2008 - 2011
3 - Realizar em parceria com a Gerencia de Saúde Pública (GESAP) e de forma regionalizada, capacitação no PROGRAB para uma equipe de Saúde da Família em 100% dos municípios.	2009 – 2010

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL, HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E CENTRAL DE TRANSPLANTE.

OBJETIVO 1: Qualificar a atenção à saúde no âmbito do SUS.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Fortalecimento da atenção às urgências e emergências	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantar Redes Regionais de Atenção às Urgências, integradas e resolutivas, em todas as regiões de saúde do estado. ▪ Implantar mecanismos regulatórios

	<p>para o atendimento às urgências e emergências.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoiar tecnicamente a todas as unidades prestadoras de serviços aos SUS que atendem urgência e emergência. ▪ Estruturar Unidades de Prontos Atendimentos – UPA, resolutivas e em conformidade com a legislação vigente. ▪ Viabilizar a existência de pelo menos um hospital de referência em urgências para cada base regional do SAMU 192. ▪ Humanizar o atendimento e instituir o acolhimento com classificação de risco em todas as unidades fixas que atendem urgência e emergência. ▪ Instituir estratégias promocionais para o enfrentamento de agravos de causas externas, intencionais e não-intencionais (violências e acidentes), através da organização de cidades e comunidades protetoras da vida.
--	---

METAS	PERÍODO
1 - Implantar 03 centrais de regulação de urgências e as respectivas bases do SAMU 192, situadas nas regiões Centro Sul, Sul e Estrada de Ferro	2008
2 - Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção às urgências em conformidade com a regionalização, normas vigentes e pactuações estabelecidas nos municípios, regiões e macrorregiões de saúde.	2008-2011
3 - Implantar o acolhimento, a avaliação e a classificação de risco nas unidades hospitalares próprias do Estado	2008-2011
4 - Criar os Núcleos Internos de Regulação (NIR) nas unidades hospitalares públicas do estado e estimular a criação dos NIR nas unidades filantrópicas e privadas.	2008-2011
5 - Regular as portas de entrada em 05 unidades de referência em urgências	2008-2011
6 - Criar as Redes Regionais de Atenção às Urgências, integradas e resolutivas, em todas as macrorregiões e regiões de saúde do estado	2008-2011
7 - Articular a estruturação das coordenações e comitês regionais de urgências, junto aos Colegiados de Gestão Regionais	2008-2011
8 - Promover a Avaliação Global e Integrada do Desempenho dos Sistemas Regionais de Atenção às Urgências, nos territórios correspondentes aos SAMUs Regionais.	2008-2011
9 - Estruturar 13 Núcleos de Educação Permanente (NEPs), sendo um NEP para a área de abrangência de cada SAMU Regional	2008-2011
10 - Estruturar o Núcleo de Educação em Urgências (NEU) estadual, responsável pela coordenação e integração dos NEPs, padronização	2008-2011

das capacitações e formação de multiplicadores.	
11 - Instituir Cidades/Comunidades Protetoras da Vida em 10 municípios	2008-2011

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Fortalecimento das ações de transplantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estruturar adequadamente a Central de Transplantes, oferecendo condições para realização das suas atividades.

METAS	PERÍODO
1 - Aumentar a captação de órgãos destinados ao transplante em 60%	2008-2011
2 - Capacitar 100% dos profissionais integrantes das comissões intra-hospitalares de transplante de órgãos	2008-2011
3 - Capacitar 100% dos profissionais da Coordenação de Transplantes	2008-2011

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Fortalecer o Sistema Estadual de Regulação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir recursos para o custeio dos Complexos Reguladores Regionais, em co-gestão do estado e municípios. ▪ Fortalecer a parceria SES/DATASUS/MS ▪ Operar o Complexo Regulador Estadual em toda a sua plenitude, com a devida regulação das unidades sob gestão do estado; adequado funcionamento da Central Estadual de Alta Complexidade (CERAC), componente estadual da CNRAC; Tratamento Fora de Domicílio (TFD); e Central de Transplantes (CNCDO). ▪ Concluir a contratualização dos prestadores de serviço de saúde. ▪ Apoio aos municípios na estruturação dos complexos reguladores municipais.

METAS	PERÍODO
1 - Finalizar a implantação de complexos reguladores da assistência à saúde em 16 Regiões de Saúde, num total de 17 complexos (uma região terá dois complexos reguladores), conforme resolução da CIB que instituiu o Sistema Estadual de Regulação.	2008-2009
2 - Capacitar 100% dos técnicos integrantes dos complexos reguladores regionais e municipais para a operacionalização do SISREG (Sistema Nacional de Regulação)	2008-2011
3 - Estimular e apoiar tecnicamente a implantação dos Complexos Reguladores Municipais	2008-2011
4 - Estruturar as Coordenações Regionais de Regulação junto aos Colegiados de Gestão Regionais	2008-2009

5 - Reestruturar a Coordenação Estadual do Cartão SUS - RH, equipamento e mobiliário	2008-2009
6 - Estruturar a Câmara Técnica de Regulação, sob a Coordenação da Gerência de Regulação, Controle e Avaliação e responsável pelo suporte técnico e elaboração de protocolos assistenciais, clínicos e de regulação.	2008

DIRETRIZ 04	ESTRATÉGIAS
<p>Fortalecimento das ações de regulação, controle, avaliação e auditoria do Sistema Estadual de Saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e em consonância com o processo de regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios ▪ Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores ▪ Monitorar o cumprimento das programações físico-financeiras definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde pelos municípios. ▪ Estabelecer e coordenar a avaliação do desempenho dos sistemas municipais, regionais e estadual de saúde ▪ Elaborar normas técnicas complementares à da esfera federal ▪ Monitorar e fiscalizar aplicação dos recursos financeiros, recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e convênios - municipais e estadual ▪ Fiscalizar e monitorar o cumprimento pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados. ▪ Controlar a Referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da Atenção à Saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber ▪ Monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual. ▪ Elaborar e pactuar protocolos assistenciais, clínicos e de regulação, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes

	nacionais, apoiando os municípios na implementação destes.
--	--

METAS	PERÍODO
1 - Realizar visitas técnicas trimestrais aos 17 Complexos Reguladores Regionais (CRR)	2008-2011
2 - Monitorar a implementação e operacionalização dos 17 CRR	2008-2011
3 - Avaliar 100% das unidades de saúde que atendem a atenção primária, secundária e terciária	2008-2011
4 - Avaliar e auditar 100% dos sistemas municipais de saúde	2008-2011
5 - Capacitar 100% dos profissionais (multiplicadores) dos municípios na área de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	2008-2011
6 - Monitorar e fiscalizar 50% dos contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas	2008-2011
7 - Implementar a avaliação das ações de saúde em 50% dos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidades	2008-2011
8 -Supervisionar 100% da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública	2008-2011
9 - Realizar auditoria sobre 50% a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de regulação, controle e avaliação assistencial.	2008-2011

OBJETIVO 2: Consolidar a descentralização e regionalização do SUS.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Promoção da descentralização da gestão e municipalização das ações e serviços de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das ações regulação, controle, avaliação, auditoria e atenção às urgências.

METAS	PERÍODO
1 - Instalar e manter atualizados os programas do DATASUS nas 16 RS e municípios que aderirem ao Pacto.	2008-2011

OBJETIVO 3: Fortalecer e modernizar a gestão e melhorar a qualidade das ações e serviços de saúde

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Qualificação dos profissionais da SES, no nível central e regional, e dos municípios.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viabilizar cursos nas áreas de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

METAS	PERÍODO
1 - Capacitar 100% dos profissionais das Regionais de Saúde (RS),	2008-2011

dos municípios e do nível central na área da Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e em Atenção às Urgências	
2 - Capacitar 100% dos profissionais que atendem urgência e emergência em todos os níveis de atenção	2008-2011
3 - Capacitar 100% dos dirigentes dos serviços de urgências fixos e móveis em Gestão de Serviços de Atenção às Urgências	2008-2011
4 - Capacitar 100% dos profissionais que atuam em Auditoria do SUS	2008-2011

OBJETIVO 4: Definir a política estadual de investimento em Saúde.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Propiciar o acesso à assistência mesmo nos casos especiais em que o problema de saúde não possa ser resolvido no âmbito do estado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Especificar recursos para as ações de tratamento fora de domicílio (TFD)

METAS	PERÍODO
1 - Atender 100% das demandas de TFD	2008-2011

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVO 01: Garantir a implementação da Política de Assistência Farmacêutica, por meio de gestão eficiente com otimização dos recursos financeiros, contribuindo para a melhoria do acesso e uso racional dos medicamentos

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Estruturação organizacional da Assistência Farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mudança de nível hierárquico no organograma da SES ▪ Renovação das Comissões de Farmácia e Terapêuticas Estadual e de Assistência Farmacêutica. ▪ Articulação intra-institucional

METAS	PERÍODO
1 - Gerencia /Coordenação ligada ao GAB/SES	2008
2 - Publicação de portarias instituindo as comissões	2008
3 - Participação da AF nas discussões da SES – PPI e outras	2008-2011

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Revisão da RESME e padronização de medicamentos da Rede hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de cronograma de atividades da Comissão de Farmácia e Terapêutica;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de sub-comissões de Farmácia e Terapêutica nas unidades hospitalares.
--	---

META	PERÍODO
1 - Publicação e adoção das relações de medicamentos	2009-2010

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Ampliação do acesso a medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhoria do sistema de abastecimento, com adoção da Ata de Registro de Preço para todos os setores da SES; ▪ Identificação das patologias não contempladas nos programas existentes; ▪ Elaboração de protocolos Clínicos e Terapêuticos Estadual para as patologias com maior demanda;

META	PERÍODO
1 - 100% das aquisições de medicamentos por meio da Ata de Registro de Preço	2009-2010
2 - 30% dos protocolos elaborados	2009-2010
3 - 30% dos protocolos elaborados	2011

DIRETRIZ 04	ESTRATÉGIAS
Fortalecimento dos Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educação Permanente em Assistência Farmacêutica ▪ Contratação de farmacêuticos para as ARS, com o objetivo de prestarem assistência técnica aos municípios; ▪ Contratação de 01 farmacêutico para o sistema prisional

META	PERÍODO
1 - Realizar curso de planejamento e gestão em Assistência Farmacêutica para 100% dos municípios;	2009-2010
2 - 50% das ARS com Farmacêutico contratado	2009-2010
3 - Sistema prisional com farmacêutico	2009

DIRETRIZ 05	ESTRATÉGIAS
Estruturação do Sistema de Armazenamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conclusão da Construção da Rede de Frio; ▪ Reforma e adequação da Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF; ▪ Adequação da área física da Central de medicamentos Excepcionais, incorporando um conceito moderno e humanizado e em conformidade com as boas práticas de armazenamento;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampliação do Programa de informação de medicamentos - SIGMATE
--	---

META	PERÍODO
1 - Rede de Frio concluída;	2009
2 - Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF reformado	2009 -2010
3 - 100% da área física do CMAC adequada de acordo com as normas da Vigilância Sanitária;	2009 -2010
4 - Inclusão no SIGMATE dos municípios que dependem da liberação de medicamentos e insumos farmacêuticos pelo Estado.	2009-2010

HEMOCENTRO

OBJETIVO 1

- Garantir a implantação da Política Estadual de Sangue e Hemoderivados e do Plano Diretor de Regionalização do Sangue através da coordenação efetiva e eficiente da Hemorrede Pública, focado na atenção hemoterápica aos leitos SUS no Estado de Goiás.;

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Efetivação da Política Estadual de Sangue e Hemoderivados com a implementação do Plano Diretor de Regionalização do Sangue	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão da Política de Sangue e Plano Diretor ▪ Articular o encaminhamento da Política Estadual do Sangue para Assembléia Legislativa como projeto de Lei buscando o envolvimento e aprovação do Conselho Estadual de Saúde ▪ Promover a discussão do Plano Diretor, orçamentação dos serviços hemoterápicos e pactuação intermunicipal e com o Estado dos procedimentos hemoterápicos ▪ Submeter o Plano Diretor de Regionalização do Sangue à Comissão Intergestores Bipartite e ao Conselho Estadual de Saúde para aprovação

METAS	PERÍODO
1- Reativação da Câmara Técnica com participação da SES, HEMOG, COSEMS e CES para iniciar e concluir revisão da Política do Sangue e Plano Diretor	Até dezembro/2008
2 - Promover reuniões com a Governadoria, SES, CES e lideranças políticas para esclarecer a importância e necessidade de Lei Estadual que institua a Política do Sangue articulando sua votação e sanção em caráter de urgência	Até junho/2009
3 - Realizar reuniões da Câmara Técnica com os colegiados regionais para apresentação/discussão do Plano Diretor e da orçamentação dos serviços	Até dezembro/2008

hemoterápicos	
4 - Fortalecer as diretrizes do Plano Diretor nas discussões com a Câmara Técnica e colegiados regionais para que não hajam impedimentos quando submetido à CIB e submetê-lo a análise e aprovação.	Até junho/2009

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Coordenação efetiva da Hemorrede Pública	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer mecanismos e ferramentas de coordenação da hemorrede incluindo a definição de indicadores para avaliação e acompanhamento do desempenho. ▪ Estabelecer fluxos de distribuição de hemocomponentes nos municípios goianos para atender aos leitos SUS ▪ Definir fluxos de informações dos dados de produção e estatísticos na Hemorrede, bem como sua análise e critérios para tomada de decisão e divulgação. ▪ Rever tetos orçamentários das unidades da Hemorrede Pública, propor e promover as alterações necessárias ▪ Elaboração do Plano de Assistência Hemoterápica e Hematológica para o Estado (Rede SUS) ▪ Submeter o Plano de Assistência Hemoterápica e Hematológica a aprovação ▪ Rever o perfil de atendimento dos serviços de hemoterapia privados em todo o Estado e estabelecer novas diretrizes no que concerne ao SUS

METAS	PERÍODO
1- Realizar reuniões para definir os mecanismos de controle e ferramentas a serem utilizadas na coordenação da rede, bem como definir indicadores. Devem estar representados o HEMOG, os Hemocentros Regionais e as UCTs.	Até junho/2009
2 - Utilizar os dados do Plano Diretor e deliberações da Câmara Técnica	Até junho/2009
3 - Elaborar e padronizar formulários para relatórios específicos e estabelecer periodicidade de emissão pelas unidades da hemorrede, com destaque para o Relatório de Gestão (anual)	Até dezembro/2008
4 - Realizar reuniões de levantamento do perfil orçamentário das unidades da Hemorrede Pública com a SCATS/SES e respectivos municípios, identificar, propor e promover alterações necessárias.	Até junho/2009
5 - Promover a discussões internas (Hemog e unidades da hemorrede pública) e com a SES (SCATS, SPLAN, SPAIS, SVISA) para propor ações definindo o Plano de Assistência Hemoterápica e Hematológica obedecendo ao Plano Diretor de Regionalização do Sangue.	Até julho/2009
6 - Realizar oficinas para apresentar o Plano de Assistência Hemoterápica e Hematológica à SES e Conselho Estadual de Saúde para análise e aprovação.	Até outubro/2009

7 - Solicitar da SCATS/SES, SPLAN/SES e municípios em plena, as Fichas de Produção Orçamentária dos prestadores privados. Solicitar dos próprios prestadores os dados de produção e faturamento necessários. Analisar os dados em conjunto com a SES, propor a redefinição dos valores quando necessário e estabelecer a cobertura conforme Plano de Assistência Hemoterápica.	Até dezembro/2010
--	-------------------

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Desenvolver ações para Implantação de Sistema de Gestão da Qualidade e buscar a certificação ISO 9001	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementar o Sistema de Gestão da Qualidade. ▪ Promover melhoria na qualidade de realização de exames laboratoriais (sorologia e imunohematologia) ▪ Adequar estruturas físicas do Hemocentro Coordenador conforme normas vigentes ▪ Adequar climatização dos ambientes ▪ Promover treinamentos a todos os funcionários do Hemocentro Coordenador nos procedimentos técnicos, administrativos e do SGQ ▪ Realizar certificação do HEMOG conforme ISO 9001

METAS	PERÍODO
1 – Redefinir o RD e oferecer subsídios e apoio efetivo ao desempenho das atividades e procedimentos necessários	Até outubro/2008 e de forma permanente
2 – Redefinir papéis dos responsáveis em cada processo, priorizar e dar suporte às atividades e procedimentos do Programa da Qualidade	Até outubro/2008 e de forma permanente
3 – Rever e padronizar procedimentos, documentos e formulários técnicos e administrativos estabelecendo novos fluxos e mecanismos que contemplem os requisitos de qualidade necessários ao serviço.	Até março/2009
4 – Realizar Planejamento Estratégico	Até dezembro/2008
5 – Estabelecer indicadores para avaliação dos processos, definir forma de análise e periodicidade, bem como tomada de decisão	Até março/2009
6 – Realizar (através de empresa contratada pela SES) manutenção preventiva e corretiva e calibração de equipamentos	2008 - 2011
7 – Implementar procedimentos de gestão de suprimentos (Aquisição e almoxarifado), gestão de patrimônio, análise crítica, e auditorias da qualidade	Até junho/2009
8 – Implementar procedimentos de gestão de patrimônio	Até dezembro/2009
9 – Apresentar projeto de qualificação em gestão da qualidade com vistas à certificação ISO 9001 ao Ministério da Saúde para buscar financiamento	Até dezembro/2008
10 – Realizar, através da SES, processo licitatório para contratação de empresas fornecedoras de reagentes/kits e equipamentos automatizados para realização de testes sorológicos e imunohematológicos oportunizando a oferta de novas	Até dezembro/2008

metodologias	
11 – Realizar através da SES (Rede Física) as adequações estruturais necessárias no HEMOG conforme legislação e aprovação da VISA	Até dezembro/2010
12 – Promover o funcionamento dos climatizadores de ar (aparelhos de ar condicionados) e centrais de ar condicionado nos ambientes necessários através de contratação, pela SES, de empresa que realize manutenção preventiva e corretiva	Até dezembro/2009
13 – Treinar 100% dos funcionários do Hemocentro Coordenador nos procedimentos técnicos e administrativos específicos e nos procedimentos do Sistema de Gestão da Qualidade – SGQ.	Até dezembro/2010 e de forma permanente
14 – Contratar certificadora e passar por auditoria de certificação	Até março/2011

DIRETRIZ 04	ESTRATÉGIAS
Ampliar a cobertura hemoterápica através do funcionamento de 100% das unidades da Hemorrede pública construídas, avaliação e implantação de novas unidades.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a abertura efetiva das unidades de Luziânia, Aragarças, Trindade, São Luís de Montes Belos, Cidade de Goiás e Goiânia(HDT). ▪ Avaliar e definir necessidade de novas unidades ▪ Promover treinamentos a todos os funcionários da Hemorrede Pública nos procedimentos técnicos e administrativos

METAS	PERÍODO
1 - Realizar discussões e entendimentos com a SES e respectivas Secretarias Municipais para viabilizar o funcionamento das unidades conforme o Plano Diretor	Até dezembro/2010
2 - Propor de acordo com o Plano Diretor a construção e abertura de novas unidades de forma a atender a necessidade estratégica de cobertura hemoterápica	2009 – 2011
3 - Treinar todos os funcionários de unidades a serem abertas e realizar treinamentos de atualização dos procedimentos a todos os funcionários da Hemorrede	2008 – 2011

OBJETIVO 2

- Garantir e ampliar a assistência hematológica aos portadores de coagulopatias e hemoglobinopatias.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Implementar a atenção aos pacientes portadores de anemia falciforme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a implantação do atendimento médico ambulatorial aos portadores de anemia falciforme ▪ Promover treinamentos a toda a equipe de atenção aos pacientes com anemia falciforme

METAS	PERÍODO
1 – Elaborar e implementar protocolo de atendimento a pacientes com anemia falciforme	Até dezembro/2011
2 – Elaborar e ministrar treinamentos de treinamentos de educação continuada em anemia falciforme para toda a equipe	Até dezembro/2011 e de forma permanente

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Melhorar e ampliar a assistência hematológica aos pacientes hemofílicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampliar a equipe multidisciplinar de atenção aos pacientes ▪ Promover a melhoria no atendimento através da normatização dos procedimentos ▪ Ampliar a distribuição de doses domiciliares dos fatores de coagulação aos pacientes ▪ Implementar programa de profilaxia primária aos hemofílicos ▪ Implementar programa de acompanhamento de pacientes hemofílicos portadores de Hepatites B e C e HIV ▪ Promover melhoria na assistência social aos pacientes hemofílicos ▪ Promover treinamentos a toda a equipe de atenção aos pacientes do Hemog

METAS	PERÍODO
1 - Envolver outros profissionais da unidade nos processos decisórios de atenção aos hemofílicos	Até julho/2009
2 - Elaborar e implementar protocolo de atendimento a pacientes e realizar treinamento de toda a equipe	Até dezembro/2008
3 - Treinar 100% dos pacientes cadastrados para liberação das doses domiciliares	Até dezembro/2009
4 - Elaborar e implementar protocolo de profilaxia primária	Até dezembro/2010
5 - Elaborar e implementar protocolo de acompanhamento de pacientes hemofílicos portadores de Hepatites B e C e HIV	Até dezembro/2010
6 - Elaborar protocolo e implementar programa permanente de visitas domiciliares programadas aos pacientes hemofílicos cadastrados no HEMOG	Até dezembro/2011
7 - Elaborar e ministrar treinamentos de atendimento ao público e treinamentos de educação continuada em hemofilia para toda a equipe	Até março/2009 e de forma permanente

CICLOS DE VIDA

SAÚDE DA CRIANÇA

OBJETIVOS

- Atender a saúde da criança de 0 a 12 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 e capaz de aprender;
- Reduzir a morbi-mortalidade infantil e fetal.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Redução da Mortalidade Infantil e Fetal	<ul style="list-style-type: none">▪ Implementação das propostas do Pacto pela Vida;▪ Implementação do Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Infantil e Fetal;▪ Estímulo à implantação/implementação de Comitês Municipais e Hospitalares de Prevenção à Mortalidade Infantil e Fetal;▪ Apoio à implementação de ações para melhoria na qualidade do pré-natal nos municípios.▪ Qualificação profissional em atenção aos bebês de alto risco;▪ Estímulo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, e continuado, até os dois anos de idade ou mais.

METAS	PERÍODO
1- Reduzir a mortalidade neonatal em 5% ao ano	2008 – 2011
2 - Reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica	2008 – 2011
3 - Reduzir em 20% os óbitos por pneumonia	2008 – 2011
4 - Estimular a implantação/implementação de comitês de vigilância do óbito infantil e fetal em 100% dos municípios goianos com população acima de 80.000 habitantes	2008 – 2011
5 - Capacitar pelo menos dois (02) técnicos dos municípios goianos com população acima de 80.000 habitantes, juntamente com pelo menos um (01) profissional de cada regional de saúde correspondente para desenvolverem as investigações e finalizações dos óbitos de maneira adequada	2008-2011
6 - Capacitar pelo menos 36 profissionais no curso de atenção humanizada a bebês de alto risco “Metodologia Mãe Canguru”	2008-2011
7 - Capacitar pelo menos 40 profissionais no curso de reanimação neonatal em parceria com a Sociedade Goiana de Pediatria	2008-2011
8 - Pactuar com todos os municípios goianos o aumento do percentual de mães que amamentam exclusivamente até os 06 (seis) meses de idade	2008-2011
9 - Incentivar os municípios prioritários para a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em Maternidades públicas e/ou filantrópicas	2008-2011

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Redução da Morbidade Infantil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação das propostas do Pacto pela Vida; ▪ Assessoria para a melhoria da resolubilidade da atenção à saúde da criança; ▪ Assessoria na implantação e implementação de ações de promoção e prevenção à saúde da criança; ▪ Qualificação da atenção à saúde da criança quanto à assistência e controle das doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, fibrose cística, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias; ▪ Qualificação profissional em aleitamento materno, alimentação da criança e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; ▪ Assessoria à implantação/implementação do Projeto Nascer e acompanhamento das crianças expostas ao vírus HIV e/ou a sífilis congênita; ▪ Assessoria na realização de ações voltadas às crianças de populações quilombolas, indígenas e outras; ▪ Qualificação profissional para o cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes – NBCAL, junto com a SVISA.

METAS	PERÍODO
1. Apoiar a realização da qualificação da atenção à saúde da criança quanto a assistência e controle das doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, fibrose cística, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias	2008-2011
2. Assegurar a atenção qualificada à anemia falciforme e outras hemoglobinopatias na atenção básica em todos os municípios goianos	2008-2011
3. Desenvolver ações de atenção aos portadores de fibrose cística em todos os municípios goianos	2008-2011
4. Capacitar pelo menos 80 profissionais para a implantação/implementação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	2008-2011
5. Capacitar pelo menos 80 profissionais para a implantação/implementação do acompanhamento quanto à assistência e controle das doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas	2008-2011
6. Capacitar 80 multiplicadores para o estímulo ao aleitamento materno e alimentação saudável das crianças goianas	2008-2011
7. Capacitar profissionais sobre a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes – NBCAL	2008-2011
8. Assessorar os municípios prioritários na implantação e implementação do	2008-2011

Projeto Nascer e acompanhamento das crianças expostas ao vírus HIV e/ou à sífilis congênita	
9. Realizar reuniões e apoiar a realização de ações voltadas à saúde da criança nas populações quilombolas, indígenas e outras, junto com os parceiros.	2008-2011

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Redução da violência e maus tratos na infância	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assessoria à formação de núcleos de ações educativas e terapêuticas como parte do atendimento integral às crianças vítimas de qualquer tipo de violências; ▪ Viabilização para o funcionamento da Rede de Atenção às Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violências.

METAS	PERÍODO
1. Assessorar a implantação/implementação de no mínimo 16 núcleos de ações educativas e terapêuticas interdisciplinares como parte do atendimento integral às crianças vítimas de qualquer tipo de violências.	2008-2011

DIRETRIZ 04	ESTRATÉGIAS
Promoção à saúde da criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de ações educativas a servidores e população em geral; ▪ Propor a garantia da prioridade no atendimento às crianças, assim como aos idosos, gestantes e pessoas com necessidades especiais; ▪ Proposta de inserção na grade curricular das escolas municipais e estaduais, de uma disciplina de Educação em Saúde, buscando enfatizar a relação entre saúde e educação e conscientizar a população sobre as possíveis formas de promoção da qualidade de vida, trabalhando de forma preventiva na saúde local; ▪ Busca da inclusão na política de concessão dos meios de comunicação a obrigatoriedade de reserva de espaços para a divulgação de práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças com a regulamentação ética para sua veiculação; ▪ Divulgar e assessorar o cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes – NBCAL; ▪ Assessoria aos municípios na realização de atividades educativas na Semana Mundial de Amamentação de 01 a 07 de agosto; ▪ Assessoria aos Bancos de Leite Humano na realização de atividades comemorativas ao dia 01 de outubro – Dia Nacional da

	<p>Doadora de Leite Humano;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assessoria aos municípios goianos na realização de atividades comemorativas do dia 12 de junho – Dia Nacional de Combate ao Trabalho Infantil; ▪ Assessoria aos municípios goianos na realização de atividades educativas no dia 18 de maio – Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes; ▪ Sensibilização quanto a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno.
--	--

METAS	PERÍODO
1. Democratizar e divulgar 100% dos serviços, eventos, programas, ações educativas e outras atividades de saúde	2008-2011
2. Divulgar aos municípios goianos os serviços e fluxos de referência e contra-referência já pactuados da saúde da criança	2008-2011
3. Divulgar, em conjunto com a Superintendência de Vigilância Sanitária – SVISA, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes – NBCAL, nas Unidades de Saúde	2008-2011
4. Apoiar os municípios goianos no desenvolvimento de ações educativas na Semana Mundial de Amamentação de 01 a 07 de agosto, dia 01 de outubro – Dia Nacional da Doadora de Leite Humano, dia 12 de junho – Dia Nacional de Combate ao Trabalho Infantil e dia 18 de maio – Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes	2008-2011
5. Realizar um (01) Seminário sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno	2008-2011

DIRETRIZ 05	ESTRATÉGIAS
Monitoramento e avaliação da saúde da criança e dos serviços prestados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento da cultura de planejamento e, conseqüentemente, monitoramento e avaliação na saúde da criança.

METAS	PERÍODO
1. Implantar o sistema de avaliação do atendimento ao usuário do SUS, em todos os serviços prestados, incluindo a rede conveniada	2008-2011
2. Capacitar pelo menos 32 multiplicadores para o desenvolvimento do planejamento, monitoramento e avaliação na atenção básica na área da saúde da criança	2008-2011
3. Realizar avaliação estadual em 100% dos hospitais candidatos aos Prêmios Professor Fernando Figueira, Bibi Vogel, Galba de Araújo e	2008-2011

outros	
4. Realizar avaliação da humanização da assistência à criança	2008-2011

DIRETRIZ 06	ESTRATÉGIAS
Organização dos serviços e da rede de atenção à criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulação e implementação da política estadual de assistência à criança; ▪ Definição da rede de atenção à saúde da criança.

METAS	PERÍODO
1. Formular e acompanhar a implementação da política de assistência à criança, nos diversos níveis de atenção.	2008-2011
2. Assessorar, em conjunto com as áreas afins, a implantação e implementação de redes de assistência às crianças.	2008-2011

DIRETRIZ 07	ESTRATÉGIAS
Qualificação dos profissionais de saúde do SUS que atendem crianças	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorização dos profissionais da saúde; ▪ Instrumentalização dos profissionais de saúde quanto à metodologia atualizada do atendimento à saúde da criança.

METAS	PERÍODO
1. Capacitar e qualificar pelo menos 32 profissionais de saúde para a multiplicação de ações de prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento, nos vários níveis de atenção à saúde da criança	2008-2011
2. Capacitar 40 profissionais de municípios e regionais de saúde no que se refere a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL)	2008-2011
3. Sensibilizar 80% dos gestores municipais para a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que incentiva o aleitamento materno	2008-2011
4. Capacitar 15 equipes de multiplicadores de maternidades sobre aleitamento materno	2008-2011
5. Capacitar 32 profissionais na metodologia Mãe Canguru de Assistência Hospitalar Humanizada ao recém-nascido de baixo peso ao nascer	2008-2011
6. Capacitar 15 equipes de multiplicadores quanto o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança	2008-2011

DIRETRIZ 08	ESTRATÉGIAS
Combate a desnutrição e anemias carenciais infantis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorizar no Pacto do SUS a prevenção e o combate à desnutrição infantil; ▪ Divulgação da legislação existente quanto ao aleitamento materno.

METAS	PERÍODO
--------------	----------------

1. Assessorar a implantação ou implementação de ações de incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, e continuado, até os dois anos ou mais em todos os municípios goianos	2008-2011
2. Incentivar a implantação/implementação de Banco de Leite Humano em todas as cidades goianas com leitos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal	2008-2011

DIRETRIZ 09	ESTRATÉGIAS
Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assessoria para a implantação e implementação de ações de assistência adequada e humanizada ao recém-nascido normal e de risco; ▪ Divulgação da metodologia de Assistência Humanizada a Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru; ▪ Assessoria, em conjunto com a área técnica de saúde da mulher, para o cumprimento da Lei 11.108, de 07/04/2005 (Lei do acompanhante no pré-parto, parto, puerpério / alojamento conjunto); ▪ Assessoria à implantação/implementação do Registro Civil de nascimento nas maternidades.

METAS	PERÍODO
1. Assessorar a implantação e implementação de ações de assistência adequada e humanizada ao recém-nascido normal e de risco, nas maternidades do SUS e na atenção básica de 100% dos municípios goianos	2008-2011
2. Assessorar a implantação e/ou implementação na Metodologia Humanizada de Assistência ao Recém-nascido de Risco – Método Mãe Canguru em cinco (05) hospitais	2008-2011
3. Assessorar, em conjunto com a área da saúde da mulher, a implantação de estratégias para garantir o cumprimento da Lei 11.108, de 07/04/2005, que permite a presença de acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e maior interação com o recém-nascido em 100% dos hospitais/maternidades do estado.	2008-2011
4. Assessorar a implantação/implementação do Registro Civil de nascimento nas maternidades públicas e filantrópicas nos municípios goianos prioritários	2008-2011

DIRETRIZ 10	ESTRATÉGIAS
Controle social nas áreas voltadas à saúde da criança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecimento de parcerias com Conselhos e ONG que visem os direitos da criança.

METAS	PERÍODO
1. Assegurar a participação da sociedade organizada nas ações voltadas à área da saúde da criança	2008-2011
2. Participar do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente e atividades concernentes	2008-2011

ADOLESCENTE

OBJETIVO 1: Proporcionar dentro dos princípios da integralidade, universalidade, resolubilidade e da equidade condições para a melhoria da qualidade na assistência à saúde do Adolescente.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Promoção à saúde do Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Assessoria na implantação e Implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas públicas dos municípios goianos. • Assessoria na implantação e Implementação do Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória. • Assessoria na implantação e Implementação do Plano de atenção integral à saúde dos adolescentes usuários de álcool e outras drogas, na perspectiva da Redução de Danos.

METAS	PERÍODO
1- Assessorar na Implantação e implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, em 100% municípios com população acima de 80.000 habitantes.	2008-2011
2- Assessorar a Implantação e implementação do Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória nos 7 municípios que possuem Centros de Internação.	2008-2011
3- Implantar e implementar Projeto de atenção integral a adolescentes usuários de álcool e outras drogas, na perspectiva da Redução de Danos, em 6 municípios do Estado: Goiânia, Anápolis, Itumbiara, Rio Verde, Caldas Novas e Aparecida de Goiânia.	2008-2011

SAÚDE DA MULHER

OBJETIVO 1: Promover a melhoria das condições de vida e a ampliação do acesso aos serviços e ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde da mulher.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Garantia na qualidade da Assistência à	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção de oficinas e seminários em

saúde da mulher	<p>ações na área obstétrica, neonatal, assistência as complicações do abortamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação, junto aos municípios do Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN). ▪ Implementação do Sistema de Informação SISPRENATAL nos municípios. ▪ Assessoria aos municípios na ampliação e aperfeiçoamento da Rede Assistência as Mulheres, adolescentes e Crianças Vitimas de Violência Sexual e Doméstica. ▪ Apoio a implementação das ações de pré-natal e Puerpério nos municípios , enfatizando o teste de triagem neonatal (teste da mamãe).
-----------------	--

METAS	PERÍODO
1- Realizar oficinas para os 100% dos municípios com a população acima de 80.000 Hab, nas ações da área obstétrica, neonatal, assistência as complicações do abortamento.	2008 – 2011
2- Assessorar na Implantação do Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 100% dos municípios.	2008 – 2011
3- Implementar o teste da mamãe para 100% dos municípios do Estado.	2008 – 2011
4- Implementar o Sisprenatal em 100% dos municípios do Estado.	2008-2011
5- Realizar supervisão nas 22 maternidades de Assistência as Mulheres, adolescentes e Crianças Vitimas de Violência Sexual e Doméstica.	2008-2011

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Garantir, a proteção, assistência e recuperação da saúde da mulher.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assessoramento aos municípios, através de capacitações, para realização de coletas e material para exame citopatológico para mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos. ▪ Assessoria os municípios nas pactuações para realização de mamografias para mulheres conforme critérios clínicos estabelecidos pelo INCA/MS. ▪ Assessoria aos municípios nas pactuações para a realização Cirurgia de Alta Frequência (CAF),

	<p>para mulheres com faixa etária de 25 á 49 anos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assessoria aos municípios nas pactuações para a realização da punção mamaria nos casos conforme o protocolo estabelecido pelo INCA/MS. ▪ Realização de oficinas de sensibilização para os gestores municipais e assessorar na implantação do comitê de redução de mortalidade materna e vigilância do óbito materno.
--	--

METAS	PERÍODO
1 - Assessorar nas oficinas de sensibilização para os gestores municipais de 100% dos municípios com população acima de 80.000 mil /hab. para implantação do Comitê de redução de mortalidade materna e vigilância do óbito materno.	2008 – 2011
2 - Alcançar 80% de cobertura do exame citopatológico para mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.	2008 – 2011
3 - Reduzir em 5% a taxa de mortalidade materna do Estado	2008 – 2011
4 - Capacitar 60% dos profissionais das Equipes Estratégia Saúde da Família (ESF) em Citologia Oncótica	2008 – 2011
5 - Aumentar de 30% para 80% a cobertura de exame clínico para mulheres acima de 40 anos com exames alterados (mamografias), seguindo protocolos do INCA/MS.	2008 – 2011
6 -Supervisionar 100% dos Municípios do Estado que possuem mamógrafos e colposcópios em comodato com INCA/MS.	2008 – 2011
7 - Capacitar 100% dos profissionais das Unidades de Saúde do SUS que realizam a cirurgia de alta frequência.	2008 – 2011
8 - Capacitar 100% dos profissionais das Unidades de Saúde do SUS onde realizam Mamografias.	2008 – 2011
9 - Capacitar 100% dos profissionais das Unidades de SUS no onde realiza Punção Mamária.	2008 – 2011

SAÚDE DO IDOSO

OBJETIVO 1: Promover e melhorar as condições de saúde do idoso ampliando o acesso à assistência integral desta população.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Promover o envelhecimento ativo e saudável através da atenção integral à saúde do idoso.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimulação da implantação e a implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e do Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa. ▪ Estimulação da implantação e a

	<p>implementação de cursos capacitação na área de envelhecimento e saúde do idoso (Cuidadores de Idosos, Formação Continuada da Atenção Básica, Curso de Especialização e Residência).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimulação e Implementação de ações intersetoriais para a promoção da integralidade bem como humanização e acolhimento da atenção à saúde da pessoa idosa. ▪ Articulação e Estimulação, junto à Assistência Farmacêutica a qualificação da dispensação e do acesso da população idosa aos medicamentos. ▪ Assessoria os gestores na implantação da Avaliação Geriátrica Global à pessoa idosa. ▪ Articulação com os gestores dos municípios para instituir a Atenção Domiciliar. ▪ Assessoria para a Pactuação da Rede de Assistência à Saúde da Pessoa idosa. ▪ Articulações com instituições parceiras estratégias para assegurar os direitos e a integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa. ▪ Apoio à Vigilância Sanitária na supervisão das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI's) do estado de Goiás. ▪ Apoio à realização de estudos e pesquisas para a promoção à saúde da pessoa idosa.
--	---

METAS	PERÍODO
1- Assessorar as 15 regionais de saúde na implantação da Caderneta de saúde da Pessoa Idosa e do Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa em 100% dos municípios goianos.	2008-2011
2- Estimular uma (1) Instituição de Ensino Superior a implantar residência em geriatria.	2008-2011
3. Assessorar a implantação de (1) um curso de Especialização em Gerontologia.	2008-2011

4. Apoiar a Gerência de Educação em Saúde Pública na efetivação de quatro Cursos de Cuidadores.	2008-2011
5. Assessorar a Gerência de Educação em Saúde Pública na implantação de Curso de Formação Continuada à Distância sobre Envelhecimento e Saúde do Idoso para 100% dos municípios com a população acima de 80.000 habitantes.	2008-2011
6- Capacitar 50 multiplicadores do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em humanização do atendimento em saúde da pessoa idosa.	2008-2011
7. Assessorar na capacitação da qualificação da dispensação dos medicamentos para 100% dos municípios com a população acima de 80.000 hab.	2008-2011
8- Assessorar os gestores das 4 (quatro) unidades assistenciais de referência para implantação da avaliação geriátrica global da pessoa idosa internada.	2008-2011
9- Assessorar as 15 regionais de saúde para divulgação do fluxo de atendimento de Rede de Assistência de Atenção à Pessoa Idosa.	2008-2011
10. Articular com os gestores para instituir a Atenção Domiciliar em 100% dos municípios com mais de 80.000 hab.	2008-2011
11- Apoiar a Vigilância Sanitária na supervisão das 73 Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI's).	2008-2011
12 - Apoiar 1 (uma) pesquisa na área Saúde do Idoso, junto à Rede de Pesquisa em Vigilância Epidemiológica do Estado / FAPEG	2008-2011

ÁREAS DE ATENÇÃO ESPECIAL

SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

OBJETIVO 1 : Melhorar a qualidade da atenção à saúde da pessoa com deficiência.

DIRETRIZ	ESTRATÉGIAS
Estabelecer linhas de cuidados integrais à saúde envolvendo a promoção, proteção, recuperação e reabilitação.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assessoria aos gestores municipais na implantação e implementação dos Serviços de Referência em Reabilitação; ▪ Assessoria e supervisão as ações dos Serviços de Referência em Reabilitação; ▪ Implantação do Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva; ▪ Implementação da Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência, em parceria com o Ministério da Saúde e municípios.

METAS	PERÍODO
1- Assessorar e supervisionar as ações dos 28 Serviços de Referência em Reabilitação.	2008-2011
2- Realizar anualmente uma oficina com os coordenadores dos centros de Reabilitação.	2009-2011
3- Celebrar convênio com o MS na aquisição de equipamentos para implantação de sete Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal, em consonância com o PDR.	2008-2011
5- Supervisionar e sistematizar a coleta de dados através dos relatórios anuais de 100% dos Serviços de Referência em Reabilitação.	2008-2011
6- Assessorar na implantação de dois serviços de referência estadual de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade.	2008-2011
7- Implantar o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva.	2008-2009
9- Aprovar a Política Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência em instâncias deliberativas.	2008-2011

SAÚDE MENTAL

OBJETIVO 01: Qualificar a atenção à saúde no âmbito do SUS

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Reorientar o modelo assistencial para portadores de transtornos mentais.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assessoria aos municípios para expansão da rede de serviços; ▪ Articulação com as regionais de saúde para parceria nas supervisões dos serviços de saúde mental; ▪ Capacitação dos profissionais de saúde mental; ▪ Estruturação da rede Estadual de atenção em saúde mental, conforme parâmetros da regionalização; ▪ Aprovação da Lei Estadual de Saúde Mental; ▪ Promoção da interface com as diversas áreas de atenção à saúde: atenção básica, saúde da criança, do

	<p>adolescente, da mulher, do idoso, HIV/AIDS e outras;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantia de leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais; ▪ Redução de leitos psiquiátricos da Rede SUS em hospitais/clínicas especializados; ▪ Redução do número de internações psiquiátricas; ▪ Implementação das diretrizes da Política Nacional de Álcool e Drogas/Redução de danos.
--	--

METAS	PERÍODO
1. Assessorar 30 municípios com população acima de 20.000/hab na implantação de serviços substitutivos em saúde mental (CAPS, RT e Centros de Cultura e Convivência).	2008-2011
2. Supervisionar e avaliar 01 vez ao ano, em parceria com as regionais de saúde, 100% dos serviços de saúde mental implantados.	2008-2011
3. Realizar 04 capacitações para profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, CAPS e RT.	2008-2011
4. Alcançar no Colegiado de Gestão Regional a aprovação de 100% da estruturação da rede Estadual de atenção à saúde mental.	2008
5. Aprovar 100% da Lei Estadual de Saúde Mental.	2008
6. Elaborar 04 planos anuais de saúde mental prevendo ações articuladas com as diversas áreas técnicas.	2008-2011
7. Garantir 10% de leitos para psiquiatria em Hospitais Gera	2008-2011
8. Articular junto à gestão municipal a implantação de 03 CAPS III, sendo: 01 em Goiânia, 01 em Anápolis e 01 em Aparecida de Goiânia.	2008-2011
9. Articular junto à gestão municipal a implantação de CAPS i nos municípios acima de 200.000 habitantes.	2008-2011
10. Articular junto à gestão municipal a implantação de 02 CAPS ad em municípios acima de 100.000 habitantes.	2008-2011

11. Reduzir em 5% o número de leitos psiquiátricos em hospitais/clínicas especializados.	2008-2011
12. Reduzir em 5% o número de internações psiquiátricas.	2008-2011
13. Apoiar a implementação da Política Nacional de Álcool e Drogas em 100% dos serviços de saúde mental álcool e drogas.	2008-2011

OBJETIVO 02: Melhorar a qualidade da atenção ao paciente portador de transtornos mentais sob medida de segurança.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Garantir a assistência na rede SUS dos pacientes sob medida de segurança.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI, no Estado de Goiás; ▪ Articulação de parcerias com Municípios goianos para o acolhimento do paciente sob medida de segurança no sistema de saúde SUS.

METAS	PERÍODO
1. Atender em 100% as demandas provenientes do Poder Judiciário.	2008-2011
2. Promover contatos com familiares dos pacientes sob medida de segurança em 100% da demanda.	2008-2011
3. Desenvolver 01 pesquisa com o objetivo de sistematizar os dados provenientes das ações do programa.	2008-2011
4. Realizar 01 publicação dos resultados da pesquisa desenvolvida, com vistas a atingir maior visibilidade do Programa.	2011

SAÚDE BUCAL

OBJETIVO 1: Promover e melhorar as condições de saúde bucal da população goiana e ampliar o acesso aos serviços odontológicos disponíveis.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Qualificação da Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação do processo de educação permanente, em parceria com a GESAP, dos profissionais de saúde bucal na ESF.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilização dos Gestores municipais sobre a importância da qualificação profissional na área de saúde bucal. ▪ Inclusão do tema “Saúde Bucal” no Colegiado de Gestores Regionais.
--	---

METAS	PERÍODO
1 - Capacitar 30% das Equipes de Saúde Bucal conforme necessidades levantadas pela equipe Técnica estadual de Saúde bucal e os Núcleos de Educação Permanentes Regionais.	2008-2011
2 - Incluir o tema “Saúde Bucal” nas reuniões dos 15 Colegiados de Gestores Regionais.	2009-2011

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Realização de diagnóstico em Saúde Bucal de cada localidade para o desenvolvimento de uma prática efetivamente resolutiva.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de levantamento epidemiológico em saúde bucal; ▪ Elaboração de instrumento de avaliação da saúde bucal;

METAS	PERÍODO
1 - Implantar o uso de inquéritos epidemiológicos de saúde bucal em 30% dos municípios que possuam equipes de saúde bucal.	2008-2011
2 - Disponibilizar o “Guia de Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal” em 100 % dos municípios do Estado.	2008-2011
3 - Assessorar a realização do levantamento epidemiológico junto aos municípios participantes.	2008-2011

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Ampliar o acesso da população aos procedimentos de média e alta complexidade em Saúde Bucal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração dos fluxos de referência e contra - referência da Saúde Bucal no Estado de Goiás; ▪ Assessoramento das Regionais e municípios na implantação de Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); ▪ Sensibilização dos gestores municipais da importância da implantação dos CEO. Assessoramento dos municípios e Regionais de Saúde na elaboração da proposta de implantação dos CEO e LRPD.

METAS	PERÍODO
1 - Estabelecer o fluxo de referência e contra-referência em todo o Estado.	2008-2009

2 - Ampliação em 10% dos CEO já existentes.	2008-2011
---	-----------

DIRETRIZ 04	ESTRATÉGIAS
Ampliação do acesso da população aos Serviços de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família - ESF.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilização dos Gestores municipais quanto à importância da ampliação das equipes de Saúde Bucal na ESF. ▪ Assessoramento aos gestores no processo de implementação/ampliação das ESB. ▪ Assessoramento aos gestores sobre os recursos financeiros decorrentes da implantação das ESB. ▪ Assessoramento na elaboração de material educativo para ser utilizado nas ESB.

METAS	PERÍODO
1 - Aumentar em 25% o número de Equipes de Saúde Bucal dentro da Estratégia de Saúde da Família.	2008-2011
2 - Ampliar em 10% o número de municípios com ESB na ESF.	2008-2011

DIRETRIZ 05	ESTRATÉGIAS
Assessoramento na implantação do heterocontrole da fluoretação das águas de abastecimento público do estado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação dos resultados dos exames de fluoretação das águas de abastecimento nos municípios através da Vigilância Sanitária (SES/SMS)/Empresa de abastecimento). ▪ Sensibilização dos gestores do benefício da água tratada e fluoretada e da importância do heterocontrole na melhoria das condições de saúde bucal da população.

METAS	PERÍODO
1 - Assessorar na implantação do Heterocontrole de 20% dos municípios com água fluoretada no sistema público de abastecimento.	2008-2011

DIRETRIZ 06	ESTRATÉGIAS
Implementar o Plano Estadual de Saúde Bucal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do Plano de Ação Estadual de Saúde Bucal para organização da atenção à saúde bucal do Estado.

METAS	PERÍODO
1 - Atingir 50% dos municípios com atenção à saúde bucal organizada.	2008-2011

SISTEMA PRISIONAL

OBJETIVO 01: Garantir a atenção integral à saúde da população penitenciária de Goiás através de sua inclusão no SUS.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
<p>Efetivar o Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário de Goiás.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atualização de dados do Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário de Goiás - POESSP/GO; ▪ Aprovação da versão atualizada do POESSP nas instâncias deliberativas; ▪ Assessoria técnica aos municípios sede de presídios regionais na elaboração e implantação de seus Planos Operativos Municipais; ▪ Recrutamento, seleção, contratação, remuneração das equipes de saúde que atuarão no Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia; ▪ Capacitação das equipes de saúde que desenvolverão as ações no Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia e nos demais presídios regionais; ▪ Assessoria à área responsável pela assistência à saúde da população penitenciária - Secretaria de Segurança Pública/GO, para implantação das ações de atenção básica; ▪ Articulação com as Regionais de Saúde para supervisão e monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes, bem como a avaliação dos resultados alcançados; ▪ Estruturação do fluxo de referência e contra-referência para o acesso da população penitenciária aos serviços SUS de média / alta complexidade, via Complexo Regulador.

METAS	PERÍODO
1. Aprovar em 100% a versão atualizada do POESSP/GO.	2008
2. Assessorar os 10 municípios sede de presídios regionais (Anápolis, Águas Lindas, Bela Vista, Catalão, Formosa, Itumbiara, Jataí, Luziânia, Rio Verde e Quirinópolis) na elaboração e implantação de seus Planos Operativos Municipais.	2008-2011

3. Realizar 01 Seleção Pública para contratação de 88 profissionais para compor as 08 equipes de saúde que desenvolverão as ações no Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia.	2008
4. Realizar anualmente 02 capacitações, linhas gerais da Estratégia Saúde da Família, para as equipes de saúde que atuarão no Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia e demais presídios regionais.	2008-2011
5. Apoiar a área técnica de DST/HIV/AIDS na realização de 03 capacitações anuais para as equipes de saúde atuantes nos presídios regionais, visando o fortalecimento das ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento.	2008-2011
6. Realizar 01 Seminário Estadual sobre a “Atenção Integral à Saúde da População Penitenciária”.	2008-2011
7. Assessorar a área responsável pela assistência à saúde da população penitenciária - Secretaria de Segurança Pública/GO no planejamento das ações a serem desenvolvidas pelas equipes, elaborando de 01 Plano de Trabalho/ano.	2008-2011
8. Realizar, em parceria com as Regionais de Saúde, 01 visita técnica anual nos presídios regionais com o objetivo de supervisionar, monitorar as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde.	2008-2011
9. Realizar trimestralmente 01 reunião de trabalho com a área responsável pela assistência à saúde da população penitenciária - Secretaria de Segurança Pública/GO, para avaliar os resultados alcançados, conforme previsto no POESSP/GO.	2008-2011
10. Regular em 100% o acesso da população penitenciária aos serviços de saúde de média / alta complexidade do SUS.	2008-2011

RADIOACIDENTADOS

OBJETIVO 1: Assistência integral a saúde e monitoramento dos radioacidentados com o Césio - 137 até terceira geração.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Assistência aos pacientes vítimas do acidente radioativo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilização de Recursos ▪ Consolidação da Equipe ▪ Melhoria da estrutura física ▪ Aquisição de novos equipamentos

METAS	PERÍODO
--------------	----------------

1 - Atender 100% da demanda de medicamentos prescritos	2008-2011
2 - Atender 100% dos exames solicitados	2008-2011

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Monitoramento e estudos epidemiológicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reestruturação do sistema de informação e captação de dados sobre os pacientes ▪ Divulgação dos resultados científicos sobre o acidente.

METAS	PERÍODO
Cadastrar 100% dos prontuários no sistema eletrônico	2008 - 2009
Encaminhar 100% dos resultados obtidos para publicação	2008-2011
Aumentar em 20% número de parceiros integrado nos estudos	2009-2011
Aumentar em 30% o número de pesquisas	2008-2011
Alcançar 99% dos pacientes monitorados nos agendamentos	2008-2011

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Formação de Mão de obra técnica especializada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecimento de parcerias com outras superintendências, unidades, Instituições científicas e universidades e afins.

METAS	PERÍODO
1 - Capacitar 50% dos profissionais na operação dos sistemas de informação	2008
2 - Atender pelo menos 02 profissionais em cursos de mestrado	2008-2009
3 - Atender dois profissionais em cursos de doutorado	2009-2011

EIXO II: CONDICIONANTES E DETERMINANTES

OBJETIVO 1: Implantar e implementar a Política de Promoção à Saúde no Estado de Goiás

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Fortalecimento de ações de caráter intersetorial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituição do Comitê Interinstitucional Estadual de Gestão da Política de Promoção da Saúde. ▪ Desenvolvimento de ações para formação de hábitos e de espaços saudáveis de convivência (domiciliar e comunitário). ▪ Implementar capacitação de profissionais do SUS na Promoção e Educação Popular em Saúde ▪ Fortalecimento da participação social , com ênfase na equidade e o

	<p>empoderamento individual e comunitário.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivo à pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas. ▪ Divulgação de iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.
--	--

METAS	PERÍODO
1 - Constituir o Comitê Estadual de Gestão da Política de Promoção da Saúde.	2008
2 - Redução da incidência de tabagismo em até 5%;	2008-2011
3 - Redução do consumo de álcool e outras drogas em até 5%;	2008-2011
4 - Redução da obesidade em até 5%.	2008-2011
6 - Redução em até 5% da morbimortalidade por causas violentas (homicídios, acidentes de trânsito);	2008-2011
7 - Redução em até 5% das internações por problemas de saúde mental;	2008-2011
8 - Redução em até 10% das internações decorrentes de acidentes ou violência doméstica.	2008-2011
9 - Realizar 15 oficinas de capacitação em Promoção e Educação Popular em Saúde.	2008-2011

EIXO III: GESTÃO

PLANEJAMENTO

OBJETIVO 1: Implementar as ações constantes na Planilha de Consolidação das Funções Essenciais de Saúde Pública em Consonância com o Pacto pela Saúde no Estado de Goiás.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
--------------------	--------------------

Implementação das FESP/PACTO.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantia do financiamento para as ações propostas na Planilha de Consolidação das FESP/PACTO ▪ Disseminação das ações planejadas FESP/PACTO para as diversas áreas da instituição; ▪ Promoção da capacitação dos profissionais das diversas áreas da SES/GO, responsáveis pelo planejamento; ▪ Redefinição da estrutura organizacional das Unidades Hospitalares, visando à melhoria de gestão; ▪ Reavaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública na SES
-------------------------------	--

METAS	PERÍODO
1 - Executar 100% das ações propostas na Planilha de Consolidação das FESP/PACTO	2008-2011
2 - Disseminar as ações planejadas para 100% das áreas da SES/GO	2008
3 - Promover pelo menos 1 curso/ano na área de planejamento.	2008-2011
4 - Redefinir a estrutura organizacional de 100% das Unidades Hospitalares	2008-2011
5 - Realizar 01 reavaliação das FESP com a participação de todas as áreas da SES	2008

OBJETIVO 2 : Promover a adesão de todos os municípios de Goiás ao Pacto Pela Vida e de Gestão e monitorar sua implementação.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Formalização dos Pactos pela Vida e de Gestão através da elaboração e aprovação dos Termos de Compromisso de Gestão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilização dos gestores municipais quanto à importância da adesão ao Pacto. ▪ Qualificação e assessoramento aos técnicos e gestores municipais quanto ao preenchimento do Termo de Compromisso de Gestão Municipal.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecimento da política nacional de planejamento do SUS no Estado. ▪ Fixação de profissionais na área de planejamento.
--	--

METAS	PERÍODO
1 – 246 municípios com o Pacto pela Vida e de Gestão implantados.	2008-2009
2 - Capacitar 100% dos gestores municipais quanto à elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão	2008-2009
3 - Capacitar 100% dos servidores do setor de planejamento quanto a elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão - TCGM	2008-2009
4- Assessorar 100% dos municípios quanto ao preenchimento do Termo de Compromisso de Gestão Municipal.	2008-2009

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Monitoramento dos TCGM aprovados e pactuados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação de Sistema de Informação para Monitoramento dos TCGM. ▪ Utilização das Regionais de Saúde e Colegiados de Gestão como instâncias de monitoramento.
METAS	PERÍODO
1 – Desenvolver Sistema de Informação Gerencial, através da Coordenação de Informática, para monitoramento dos Termos.	2008
2- Qualificar 16 técnicos das Regionais de Saúde e 16 Técnicos dos Colegiados de Gestão Regional para utilização do Sistema de Monitoramento	2009
3 – Capacitar pelo menos 246 técnicos da gestão municipal quanto a alimentação do Sistema de Monitoramento dos Termos.	2009
4- Realizar avaliação, a cada trimestre, das responsabilidades aderidas pelos municípios, conforme cronograma proposto no TCGM.	2008-2011

QUALIDADE EM SAÚDE

OBJETIVO 1 : Promover a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
--------------------	--------------------

<p>Implantação das marcas da PNH com ênfase na melhoria do processo de acolhimento ao usuário do SUS em Goiás</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação do Acolhimento com classificação de risco nas Unidades de urgências e emergências gerenciadas pela SES; ▪ Disseminação das marcas da PNH; ▪ Implantação de Sistema eletrônico de avaliação de satisfação do usuário no âmbito da SES; ▪ Implantação do programa “POSSO AJUDAR” a todas as Unidades de Saúde da SES.
---	--

META	PERÍODO
1 -Implantar e desenvolver em 100% das unidades de urgências e emergências gerenciadas pela SES o Acolhimento com classificação de risco até o ano 2011;	2008-2011
2 -Implantar sistema de avaliação eletrônico em 100% as unidades até 2011;	2008-2011
3 -Implantar o Programa “Posso Ajudar em todas as unidades de saúde da SES.	2008-2009
4 - Realizar Seminário Estadual sobre práticas Humanizadoras	2010

OBJETIVO 2: Modernizar a gestão da SES

S

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIA
<p>Implementação de ações que se destaquem por uma nova forma de administrar; mais eficiente com melhor aproveitamento de recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disseminação dos conceitos do Programa de Qualidade da Gestão Pública nas Unidades de Saúde da SES; ▪ Implantar o Núcleo Interno do Gespública nas Unidades de Saúde da SES; ▪ Certificação das Unidades Assistenciais da SES segundo as normas ISO 9001:2000/2008 e NBR/ISO 17025(LACEN); ▪ Acreditação de Unidades Hospitalares conforme Manual da ONA/ANVISA.

META	PERÍODO
1 -Qualificar 10% dos servidores das Unidades de Saúde da SES nos Critérios de Excelência do GESPÚBLICA;	2008-2009
2 - Realizar Auto-avaliação da Gestão, Plano de Melhoria da Gestão, Relatório de Gestão e Melhoria de Processos dentro do modelo do Gespública em 40% das Unidades de Saúde da SES;	Anual a partir de 2009
3 - Criação do Núcleo interno do Gespública em todas as Unidades da SES;	2008-2009
4 -Certificar o HDT, HMA, LACEN e HEMOCENTRO;	2008-2009
5 - Acreditar uma Unidades Hospitalares da SES.	2008-2011

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIA
Implantação da Qualidade na visão da Organização Mundial de Saúde(1989)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar a performance técnica dos profissionais das Unidades de Saúde da SES; ▪ Melhorar a eficiência das Unidades de Saúde da SES; ▪ Melhorar Segurança das Unidades de Saúde da SES; ▪ Aplicar o IPPS(Instrumento Padrão de Pesquisa de Satisfação do Gespública)

META	PERÍODO
1 - Criar Protocolos Clínicos nas Unidades da SES de acordo com o Perfil Epidemiológico das mesmas;	2008-2010
2 - Lançar o Manual de Protocolos Clínicos da SES;	2011
3 - Implantar o Programa de Gestão de Custos do SUS em todas as Unidades de Saúde da SES;	2008-2010
4 - Implantar o Programa de Gestão de Risco em todas as Unidades de Saúde da SES;	2008-2010
5 - Aplicar o IPPS em 100% das Unidades da SES.	2008-2011

DIRETRIZ 04	ESTRATÉGIA
Promoção de premiações às Unidades que desenvolverem ações e experiências exitosas em gestão e humanização em todo o Estado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de Premiação no âmbito da SES.

META	PERÍODO
1 - Promover premiação anual através do prêmio Qualidade na Saúde;	2009-2011

OBJETIVO 3 : Criar espaço de reflexão sobre os processos de trabalho, contribuindo para melhorias das práticas de gestão na SES .

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIA
Agilização dos processos de trabalho por meio do conhecimento das ações realizadas pelas diversas áreas e do reconhecimento da integralidade das mesmas no âmbito da SES.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação do Programa de Simplificação de Processos na SES.

META	PERÍODO
1 - Instituir Grupo Técnico responsável pela Ação no âmbito da SPLAN;	2008-2011
2 - Mapear, analisar, promover melhorias nos processos das Superintendências SES;	2008-2011
3 - Implementar as melhorias e Elaborar o Manual de Operações Administrativas sob responsabilidade da SES ;	2008-2011

OBJETIVO 4 : Implantar uma Política de responsabilidade Social na SES

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIA
Criação de programas de responsabilidade social e ambiental no âmbito da SES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação do Programa "To Consciente"; ▪ Criação e implantação do projeto "Servidor Solidário" na SES. ▪ Disseminação dos conceitos de responsabilidade social

META	PERÍODO
1 - Implantar projeto piloto na sede da SES;	2008-2009
2 - Disseminar para 100% das Unidades da SES;	2011
3 - Realizar seminário sobre Responsabilidade Social em instituições públicas	2009

OBJETIVO 5: Implantar uma política de melhoria de qualidade de vida do servidor da SES

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIA
Implantação de Programa e Ações que promovam a Melhoria da Qualidade de Vida do Servidor da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação e/ou implementação do Programa Bem Viver em todas as Unidades da SES; ▪ Implementação do Programa "Cultura Pipoca e Riso" ; ▪ Implantação do Programa Sacudir.

META	PERÍODO
-------------	----------------

1 - Implementar em 100% das unidades da SES o Programa Bem Viver;	2008- 2011.
2 - Implantar os Programas “Cultura, Pipoca e Riso” e “Sacudir” em 100% das Unidades da SES	2009-2010

DESCENTRALIZAÇÃO\REGIONALIZAÇÃO

OBJETIVO 1: Reorganizar o desenho da divisão do Estado em Regiões Sanitárias, com o objetivo de garantir a integralidade, a resolubilidade, promovendo a equidade da atenção e o acesso da população às ações e serviços de saúde, conforme suas necessidades.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Consolidar a gestão compartilhada, solidária e descentralizada, implementando o processo de planejamento/programação com visão global, sistêmica, participativa e política.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação dos problemas/dificuldades dos gestores municipais, estadual e dos Conselhos Municipais de Saúde e estabelecer as prioridades. ▪ Reorganização da atenção à saúde: ▪ Atenção primária: auto suficiência de todos os municípios. ▪ Atenção secundária: auto suficiência Microrregional ▪ Atenção terciária: auto suficiência Macrorregional. ▪ Organizar a atenção à saúde na visão de redes integradas, baseada na economia de escala e na melhoria da qualidade dos serviços, utilizando-se de mecanismos articuladores com definição de responsabilidades e protocolos de acesso.

METAS	PERÍODO
1 - Estudo das necessidades da população através de parâmetros de cobertura para organização, implantação e implementação de ações e serviços de atenção à saúde nos 16 Colegiados de Gestão Regionais (100%)	2008-2009
2 - Identificar a oferta de serviços em 100% dos municípios	2008-2010
3 - Implantar/implementar 60% do elenco de procedimentos de média complexidade em 70% das Microrregiões de Saúde	2008-2011
4 - Implantar/implementar 80% do elenco de procedimentos da alta complexidade em 40% das Macrorregiões de Saúde.	2008-2011
5 - Atualizar o Plano Diretor de Investimentos - PDI	2008-2009

OBJETIVO 2: Organizar e qualificar a atenção à saúde

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Organizar redes regionalizadas para o atendimento à população, por linhas de cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantar redes integradas, regionalizadas.

METAS	PERÍODO
1 - Implantar redes integradas de atenção à saúde: Mulher e Criança, Urgência e Emergência, e Saúde Bucal.	2008-2011

GERENCIAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DAS UNIDADES DESCENTRALIZADAS

OBJETIVO 1: Fortalecer o poder de decisão compartilhada das Regionais de Saúde enquanto instância administrativa estadual, de caráter democrático, que garantirão maior articulação loco - regional.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Fortalecimento gerencial das Administrações Regionais de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantia da participação dos gestores regionais nos fóruns de processos decisórios. ▪ Formulação de proposições de adequações técnicas administrativas e intervenções no âmbito regional. ▪ Articulação entre gestores de nível local e central promovendo o elo entre Estado e Municípios. ▪ Implantação de um Colegiado de Integração das Regionais de Saúde com reuniões semestrais. ▪ Participação da elaboração dos instrumentos de gestão do SUS no âmbito regional.

METAS	PERÍODO
1 - Garantir representatividade dos gestores regionais em 100% dos fóruns de decisões do nível central, que envolva tomada de decisão, de caráter regional.	2008 a 2011
2 - Executar medidas de adequações técnicas administrativas, envolvendo intervenções em 100% das necessidades levantadas.	2008-2011
3 - Implantar um Colegiado de Integração das Regionais de Saúde	2009
4 - Participar na elaboração dos instrumentos de Gestão dando suporte técnico em 100% dos municípios de sua jurisdição.	2008 a 2011

FINANCIAMENTO

OBJETIVO 1: Modernizar a gestão orçamentária e financeira da Secretaria de Estado da Saúde

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Maximização dos recursos financeiros da SES	<ul style="list-style-type: none">▪ Instituição de mecanismos que otimizem a alocação de recursos financeiros para as ações de custeio e investimento, dentro do processo do Pacto de Gestão.▪ Consolidação das ações empreendidas para que o fluxo de caixa atenda o financiamento das atividades e operações planejadas.▪ Criação de mecanismos legais de negociação para sanar débitos com os fornecedores visando o equilíbrio financeiro.▪ Controle do percentual dos recursos orçamentários e financeiros a serem aplicados no setor saúde por parte da SES, conforme preconiza a Emenda Constitucional nº 29.▪ Inclusão de instrumentos de avaliação interna e externa dos mecanismos de alocação e repasse de recursos para orientar e reorientar as ações de gestão.▪ Viabilização de repasse da contrapartida dos recursos financeiros estaduais pactuados com os municípios para financiamento das ações de atenção básica.▪ Disponibilização de recursos orçamentários e financeiros para cumprir com as obrigações técnicas e financeiras dos Colegiados de Gestão Regional.

METAS	PERÍODO
1 - Elaborar plano de modernização da gestão orçamentária e financeira.	2008 – 2009
2 - Diminuir em 30% o tempo médio na execução dos processos;	2008-2011
3 - Aplicar 100% dos recursos de transferência	2008-2011
4 - Diminuir em 30% a dívida com os fornecedores	2008-2011
5 - Capacitar 100% dos técnicos da área administrativa das diversas superintendências, na instrução e fluxo dos processos.	2008-2011
6 - Repassar 100% dos recursos pactuados para o financiamento da atenção básica.	2008-2011
7 - Repassar 100% dos recursos orçamentários e financeiros pactuados com os Colegiados de Gestão Regional.	2008-2011

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

OBJETIVO 1 : Constituir efetividade da Participação e Controle Social do SUS no âmbito do Estado de Goiás.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Fortalecimento e integração das ações de Participação e Controle Social do SUS no âmbito do Estado de Goiás.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articulação do processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS. ▪ Disponibilização das condições materiais, técnicas, administrativas e financeiras necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde. ▪ Pactuação das condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento dos conselhos municipais de saúde. ▪ Realização da VII Conferência Estadual de Saúde de Goiás. ▪ Organização e implementação da participação social no espaço regional. ▪ Implementação da Política Estadual de Educação Permanente para Controle Social. ▪ Implementação da Política Estadual de Comunicação, Informação e Informática para Controle Social do SUS. ▪ Implementação da Política de Educação Popular na Saúde ▪ Criação e implantação de Conselhos Gestores nas unidades prestadoras de serviços de saúde do SUS.

METAS	PERÍODO
1- Realizar, anualmente, o “Seminário Estadual em Defesa do SUS”.	2008-2011
2 - Realizar, anualmente, Oficina Estadual de Integração dos Processos de Transparência da Gestão da Saúde envolvendo o CESGO, a SES, o COSEMS, o TCE, a Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, a Associação Goiana dos Municípios, a Frente Municipalista de Prefeitos, a UFG, a UEG, o SIOPS, o Ministério Público Estadual e Federal, as entidades sindicais, os movimentos sociais, dentre outros.	2008-2011
3 - Definir a estrutura, as competências, as atribuições e regulamentar o funcionamento da Secretaria Executiva do CESGO.	2008
4 - Definir o quantitativo e o perfil do Quadro de Pessoal da Secretaria Executiva do CESGO, lotar e capacitar 100% conforme as necessidades inerentes ao cumprimento de suas competências.	2008-2009
5 - Realizar convênio com instituições públicas para disponibilizar Assessoria Técnica ao CESGO	2008
6 - Definir o quantitativo, o perfil, lotar e capacitar pessoal para compor a Assessoria de Comunicação, Informação e Informática do CESGO.	2008-2009
7 - Realizar levantamento de 100% das necessidades de espaço físico, tecnologias de informação, equipamentos, móveis, utensílios e instalações para a Secretaria Executiva e o Plenário do CESGO.	2008
8 - Disponibilizar 100% do espaço físico, tecnologias de informação, equipamentos, móveis, utensílios e instalações, necessários à organização e funcionamento da Secretaria Executiva e o Plenário do CESGO.	2008-2009

9 - Realizar levantamento de 100% das necessidades financeiras para atendimento das atividades do CESGO.	2008
10 - Disponibilizar 100% das condições financeiras, necessárias, para atendimento das atividades do CESGO.	2008-2011
11 -Planejar e realizar a VII Conferência Estadual de Saúde de Goiás.	2010-2011
12 - Consolidar a organização e funcionamento das Plenárias Regionais de Conselhos Municipais de Saúde em 100% das Regiões de Saúde	2008-2009
13 - Monitorar a organização e funcionamento das Plenárias Regionais de Conselhos Municipais de Saúde.	2009-2011
14 - Aprovar e implementar a Política Estadual de Educação Permanente para Controle Social do SUS.	2009
15 - Implantar Programa Estadual de Educação Permanente para Controle Social	2009-2011
16 - Implantar o Plano de Monitoramento das Ações de Educação Permanente para Controle Social do SUS.	2010-2011
17 - Aprovar e implantar a Política Estadual de Comunicação, Informação e Informática para Controle Social do SUS.	2009
18 - Implantar o Programa Estadual de Comunicação, Informação e Informática para Controle Social do SUS.	2009-2011
19 - Implantar o Plano de Monitoramento das Ações de Comunicação, Informação e Informática para Controle Social do SUS.	2010-2011
20 -Aprovar e implantar o Plano Estadual de Educação Popular na Saúde.	2009-2011
21 - Aprovar lei de criação dos conselhos gestores de unidades da rede prestadora de serviços SUS.	2009
22 -Implantar os conselhos gestores, em 100% das unidades da rede estadual (gerenciadas pela SES/GO) de prestação de serviços SUS.	2010
23 -Pactuar a regulamentação e implantação dos conselhos gestores nas unidades das redes municipais de prestação de serviços do SUS em 100% dos municípios com 80.000 habitantes acima.	2010
24 - Pactuar a implantação dos conselhos gestores nas unidades da rede conveniada de prestação de serviços SUS em 100% dos hospitais com 80 leitos acima.	2011

OUVIDORIA – SERVIÇO DE PROTEÇÃO AOS USUÁRIOS DO SUS/SEPRU

OBJETIVO 1: Fortalecer a gestão democrática do SUS, garantindo a participação dos usuários do sistema na gestão dos serviços.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Implantação da Rede de Ouvidoria – Serviço de Proteção aos Usuários do SUS (SEPRU)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordenação da Implantação da rede de ouvidoria – SEPRU nas unidades hospitalares de referencia da SES e regionais de saúde da SES, de forma a consolidar um canal de comunicação entre os gestores e os usuários do sistema de saúde, permitindo identificar necessidades e buscar soluções; ▪ Sensibilização dos municípios a implantarem o serviço de Ouvidoria - SEPRU ▪ Aquisição de equipamentos de informática para implantar os pontos de descentralização;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitação de técnicos que atuarão no serviço; ▪ Contratação de recursos humanos para atuar na Ouvidoria - SEPRU, nível central;
--	--

META	PERÍODO
1 - Implantar 100% da Ouvidoria - SEPRU na sede da SES;	2008 – 2011
2 - Implantar 20 pontos de descentralização; Capacitar 80% dos profissionais que estão atuando na ouvidoria – SEPRU;	2008 - 2011

OBJETIVO 2: Implantar uma rede de informações qualificada, capaz de disseminar a informação aos cidadãos através da difusão do conhecimento, dos conceitos do SUS da organização da atenção à saúde, promovendo fortalecimento do controle social e a elevação da consciência sanitária da população.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Promoção da disseminação da informação aos usuários do SUS em Goiás	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação da rede de ouvidoria – SEPRU nas unidades hospitalares de referência estadual e nas regionais com envolvimento de todas as áreas da SES no processo de disseminação de informação; ▪ Implantação de um sistema de informação que possibilite o cadastramento das manifestações e geração de relatórios para divulgação dessas informações a todos os níveis de gestão; ▪ Estabelecimento de mecanismos de divulgação do funcionamento do SUS e da importância do papel de participação da comunidade e do conselho de saúde no processo Saúde x doença e na melhoria dos serviços. ▪ Disponibilizar um banco de dados sobre saúde e doença no sistema ouvidor SUS para facilitar o repasse de informações sobre o assunto à população que solicitar; ▪ Fortalecimento dos parceiros através de encontros periódicos entre a equipe que está diretamente envolvida com o desenvolvimento do serviço, para alinhamento das ações e troca de experiências;

META	PERÍODO
1 - Descentralizar o Sistema Ouvidor SUS para todos os pontos de descentralização;	2008 – 2011
2 - Confeccionar material de divulgação sobre o SUS e sobre o papel da ouvidoria - SEPRU em Goiás para distribuir em 50% dos	2008 - 2009

municípios goianos;	
3 - Realizar 10 encontros entre os parceiros que estão desenvolvendo o serviço nas ouvidorias descentralizadas;	2008 - 2009

OBJETIVO 3: Definir as responsabilidades, funções e protocolos de atendimento da Ouvidoria - Serviço de Proteção aos Usuários do SUS em Goiás, nos diferentes níveis de gestão.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Estabelecimento de protocolos de atendimento para o serviço de Ouvidoria – SEPRU.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de encontros com os diferentes parceiros para definição das responsabilidades e funções da Ouvidoria – SEPRU; ▪ Instituição de Grupo Técnico responsável para escrever protocolo de atendimento para a Ouvidoria – SEPRU; ▪ Monitoramento dos protocolos de atendimento do serviço;

META	PERÍODO
1 - 100% dos protocolos definidos;	2008
2 - Monitorar 100% dos protocolos de atendimento.	2008 – 2011

GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE

OBJETIVO 1 implementar a política estadual para o trabalho do SUS, com ênfase na democratização das relações de trabalho, na valorização profissional e na regulação da força de trabalho.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Melhoria das condições de trabalho, do clima organizacional e na produtividade do sistema.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuição na construção das diretrizes da política estadual de gestão do trabalho. ▪ Promoção e apoio ao processo de desprecarização

	<p>da Estratégia de Saúde da Família em todos os municípios do Estado de Goiás, conforme E.C.51 e Lei 11.350 de 06/10/2006.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração e apoio ao processo de concurso público para o Quadro de servidores da SES, objetivando a desprecarização e adequação da força de trabalho às necessidades da SES. ▪ Fortalecimento da participação no Fórum Interinstitucional de Articulação e Negociação do SUS em Goiás. ▪ Implantação da Mesa de Negociação Permanente da SES-GO. ▪ Apoio à implantação de mesas municipais de negociação permanente.
--	--

METAS	PERÍODO
1 - Implantar e definir Política de Gestão do Trabalho	2008 – 2011
2 - Regularizar 70% dos Profissionais da ESF com vínculos trabalhistas <u>(desprecarizados)</u>	2008 – 2011
3 - Efetivar 80% dos profissionais técnicos do Quadro de Pessoal da SES-GO concursados.	2008 -2011
4 – 5 - Participar em pelo menos 80% das atividades do Fórum Interinstitucional de Articulação e Negociação do SUS.	2008 – 2011
6 - Implantar e implementar Mesa de Negociação da SES.	2008-2011
7 - Implantar 100% dos municípios do Estado de Goiás com mais de 80.000 habitantes com as Mesas de Negociação.	2008 -2011
8 - Realizar Concurso Público.	2008 – 2011

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Qualificação dos processos de gestão do trabalho na saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração e implantação do programa de educação permanente. ▪ Adequação do Plano de Carreira, Cargos e Salários da SES, de acordo com diretrizes nacionais.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoio às SMS na construção de Planos de Carreiras, Cargos e Salários de acordo com diretrizes nacionais. ▪ Extensão do projeto de profissionalização da gestão do SUS na SES (PROFIGESTÃO) para as demais regiões de saúde. ▪ Elaboração do Plano de Desenvolvimento dos gestores de regiões de saúde por meio de microprogramas (PROFIGESTÃO). ▪ Implantação do Plano de Desenvolvimento dos gestores de regiões de saúde.
--	--

METAS	PERÍODO
1 - Capacitar 50% dos profissionais da área de gestão do trabalho.	2008 – 2011
2 - Implantar e implementar 50% de do PCCR na SES	2008 – 2011
3 - Formalizar pactuação em 100% dos municípios com mais de 80.000 habitantes sobre proposta elaborada e aprovada em relação à implantação de PCCR.	2008 – 2011
4 - Capacitar 40% dos profissionais da SES no uso de ferramentas de gestão e gerenciamento.	2008 – 2011
5 - Contemplar 11 Regionais de Saúde com projeto PROFIGESTÃO.	2008- 2011
6 - Elaborar 100% dos planos de implantação do PROFIGESTÃO.	2008 -2011
7 - Capacitar 90 gestores nos conteúdos do PROFIGESTÃO	2008 -2011

OBJETIVO 2: Negociação na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

DIRETRIZ 1	ESTRATÉGIAS
Valorização, Humanização e Saúde do Trabalhador.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO para todos os profissionais de saúde (exames periódicos) e de prevenção de risco ambiental - PPRA. ▪ Incluir como atividades insalubres a manipulação com substâncias químicas e físicas, como riscos da contaminação por esses produtos e desenvolver meios de comunicação e conscientização juntamente com os trabalhadores que

	operam com tais produtos.
--	---------------------------

METAS	PERÍODO
1 - Realizar PPRA em todas as Unidades e Superintendências	2008 – 2011.
2 - Realizar PCMSO em 100% dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde.	2008 – 2011.
3 - Contemplar o LAGENE no Decreto que trata de insalubridade.	2008 - 2011.

GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

OBJETIVO 1: Implementar a política de educação permanente do SUS no Estado de Goiás

Diretriz 01	Estratégias
Qualificação da assistência e da gestão no âmbito do sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuição na elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, junto a CTFEPS e Conselho Estadual de Saúde. ▪ Formação e Capacitação de profissionais da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica. ▪ Formação e Capacitação de profissionais de nível técnico para o SUS. ▪ Implementação do Programa de Educação Permanente – Introdução Funcional. ▪ Implementação da oferta de cursos de formação inicial e continuada de trabalhadores à comunidade ▪ Desenvolvimento da capacidade técnica quanto ao domínio do tema Equidade de Gênero e sobre Análise Diferenciada de Gênero (ADG) na saúde.

METAS	PERÍODO
1 - Elaborar e aprovar Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.	2008 – 2011
2 - Capacitar 2000 profissionais na Estratégia Saúde da Família (curso básico em ESF).	2008 – 2011
3 - Habilitar 11.690 ACS.	2008 – 2011
4 - Qualificar 2.460 profissionais de nível médio	2008 -2011
5 - Formar 60 Profissionais especializados em ESF.	2008 – 2011
6 - Formar 60 Profissionais especializados em geriatria.	2008 – 2011
7 - Capacitar 70% de egressos de concurso público (introdução funcional).	2008 – 2011

8 - Implementar 20% dos cursos ofertados a comunidade.	2008- 2011
9 - Realizar 15 oficinas de trabalho sobre Equidade de Gênero e Análise Diferenciada de Gênero (ADG) na saúde.	2008 – 2009

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Fortalecer programas de capacitação e formação profissional em saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expansão da residência para outras categorias profissionais na rede SES-GO. ▪ Capacitação de técnicos das Regionais de Saúde sobre o usos e funcionalidades de sistemas de informação (“Retrato da Saúde”, etc.). ▪ Desenvolvimento do Curso de Especialização em Docência para profissionais de saúde ▪ Desenvolvimento do programa de formação em gestão de sistemas e serviços de saúde (mestrado, especialização, incluindo a gestão hospitalar,etc) ▪ Implementação do programa de EAD em saúde ▪ Reorganização do sistema de estágio da SES-GO.

METAS	PERÍODO
1 - Integrar 08 oficinas de planejamento em Educação Permanente.	2008 – 2011
2 - Ampliar em 30% a participação de outras categorias nos programas de residência em saúde.	2008 – 2011
3 - Capacitar 120 pessoas no manejo de sistemas de informação.	2008
4 - Formar 40 Mestres em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.	2008 – 2011
5 - Implantar 50% Cursos de Educação à Distância.	2008 – 2011
6 - Formar 60 profissionais especializados em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.	2008 – 2011
7 - Formar 60 profissionais especializados em Gestão Hospitalar.	2008 – 2011
8 - Formar 60 profissionais especializados em Análise de Sistemas de Saúde. .	2008 – 2011
9 - Formar 60 profissionais especializados em Docência.	2008 – 2011
10 - Reorganizar o Sistema de estágio	2008 – 2011

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Desenvolver estruturas, atribuições e competências do sistema de Educação Permanente do SUS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação da Câmara Técnica de Formação e Educação Permanente em Saúde. ▪ Realização de pesquisa de monitoramento, avaliação e acompanhamento de egressos da educação permanente e profissional. ▪ Definição de competências e atribuições da GESAP ▪ Elaboração de proposta pedagógica da GESAP. ▪ Capacitação de técnicos, membros das CIES, CTFEPS e Conselho Estadual de Saúde em formulação de políticas de educação permanente. ▪ Estruturação e acompanhamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço dos Colegiados de Gestão Regionais e Estadual.

METAS	PERÍODO
1 - Câmara Técnica em pleno funcionamento com 80% de dos membros	2008 – 2011
2 - Pesquisar 75% de egressos de cursos de educação permanente e profissional.	2008 – 2011
3 - Definir 100% das competências e atribuições da GESP.	2008 - 2011
4 - Elaborar 100% da proposta pedagógica	2008 - 2011
5 - Capacitar 70% de Profissionais em formulação de políticas de educação permanente.	2008 - 2011
6 -Implantar e implementar 100% CIES.	2008 - 2011

INFORMAÇÃO EM SAÚDE

OBJETIVO 1: Aprimorar a captação e o processamento das informações provenientes dos pontos de atendimento ao cidadão, bem como informações relativas à proteção da saúde, promovendo, por meio destas informações, uma melhor gestão dos recursos usados para atender às questões de saúde.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Construção de uma rede de informações para a	▪ Estruturação de toda a rede elétrica e lógica

gestão do SUS e atenção integral à saúde	<p>das unidades de saúde, regionais e superintendências da SESGO, com a finalidade de proporcionar interligação entre os departamentos envolvidos no processo, o servidor de rede local e o servidor centralizador de informações, além de possibilitar o compartilhamento de recursos de impressão, armazenamento e outros;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquisição e distribuição de computadores conforme necessidades de atualização e ampliação de cada unidade e superintendência, para que as mesmas sejam capazes de registrar todos os dados referentes a processos administrativos, controle epidemiológico, informações relativas à vigilância sanitária, atendimento aos pacientes, e etc; <p>Aquisição e distribuição de impressoras lasers em departamentos estrategicamente localizados em cada superintendência e unidade de saúde, com o intuito de centralizar a impressão de relatórios, proporcionando assim economia e qualidade de impressão;</p>
METAS	
	PERÍODO
1 - Estruturar a rede elétrica e lógica de 100% das unidades de saúde, regionais de saúde e superintendências da SESGO;	2008-2011
2 - Atualizar 60% do parque computacional instalado;	2008-2011
3 - Ampliar em 40% o parque computacional instalado;	2008-2011
4 - Adquirir e distribuir impressoras laser em todas as superintendências, unidades de saúde e Regionais de saúde, possibilitando a centralização das impressões em 100% delas.	2008-2011

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Disponibilização de informações de alta relevância aos profissionais de saúde e a população geral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação de um banco de dados relacional e centralizado com todas as

	<p>informações inseridas pelas unidades de saúde e superintendências e regionais de saúde, a fim de disponibilizá-las para consultas;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento e implantação do sistema de biblioteca da SESGO;
--	--

METAS	PERÍODO
1 - Criar um banco centralizado com todas as informações necessárias ao auxílio na tomada de decisões, bem como na divulgação dos resultados gerados pelos trabalhos desenvolvidos pela Secretaria de Saúde.	2008-2011
2 - Desenvolver e implantar um sistema de controle de biblioteca em 100% das unidades que oferecem este tipo de serviço.	2008-2011

DIRETRIZ	ESTRATÉGIAS
Diretriz 03: Implantação de um sistema de gestão hospitalar único para todas as unidades de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantia de equipe de projeto e equipe de desenvolvimento na SES. ▪ Garantia de parque tecnológico para desenvolvimento e armazenagem de dados.

METAS	PERÍODO
1 - Implantar o módulo de farmácia de alto custo em 100% das unidades de saúde, no âmbito estadual, que ofereçam este serviço à comunidade;	2008-2011
2 - Implantar o módulo de cálculo de produtividade em 100% das unidades de saúde, no âmbito estadual, que remunerem seus servidores com um valor de produtividade;	2008-2011
3 - Implantar tabelas corporativas;	2008-2011
4 - Implantar o módulo de agenda médica em 100% das unidades de saúde, no âmbito estadual, que ofereçam serviços ambulatoriais com agendamento à comunidade;	2008-2011
5 - Implantar o módulo de farmácia hospitalar em 100% das unidades de saúde, no âmbito estadual, que ofereçam este serviço à comunidade;	2008-2011
6 - Implantar o módulo de farmácia fitoterápica em 100% das unidades de saúde, no âmbito estadual, que ofereçam este serviço à comunidade;	2008-2011
7 - Implantar o módulo de farmácia homeopática em 100% das unidades de saúde, no âmbito estadual, que ofereçam este serviço à comunidade;	2008-2011

8 - Implantar o módulo demonstrativo de pagamento a prestador em 100% das unidades de saúde.	2008-2011
9 - Implantar o módulo de emergência em 100% das unidades de saúde, no âmbito estadual, que ofereçam este serviço à comunidade;	2008-2011
10 - Implantar o módulo de internação em 100% das unidades de saúde, no âmbito estadual, que ofereçam este serviço à comunidade;	2008-2011
11 - Implantar o módulo centro cirúrgico custo em 100% das unidades de saúde, no âmbito estadual, que ofereçam este serviço a comunidade;	2008-2011
12 - Implantar o módulo de prontuário em 100% das unidades de saúde estaduais.	2008-2011
13 - Implantar o módulo de laboratório em 100% das unidades de saúde, no âmbito estadual, que ofereçam este serviço à comunidade;	2008-2011
14 - Implantar o módulo perinatal em 100% das unidades de saúde, no âmbito estadual, que ofereçam este serviço à comunidade;	2008-2011
15 - Implantar o módulo SAME em 100% das unidades de saúde estaduais.	2008-2011
16 - Implantar o módulo de faturamento em 100% das unidades de saúde estaduais.	2008-2011

GERÊNCIA OPERACIONAL

OBJETIVO 1: Melhorar e reduzir os problemas de infra-estrutura e logística nas unidades de Saúde do Estado de Goiás

DIRETRIZ	ESTRATÉGIAS
Desenvolver ações para tornar mais eficiente os serviços de manutenção e ampliar a fiscalização na execução de todos os serviços terceirizados e compra de bens.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assessoria, monitoramento e implementação das ações referentes à elaboração e gerenciamento de projetos de infra-estrutura. ▪ Reestruturação dos Sistemas elétricos das unidades da SES visando a Adequação da capacidade demandada. ▪ Ampliação do controle e fiscalização dos contratos de serviços terceirizados. ▪ Otimização do controle e fiscalização dos contratos de compras de bens e de serviços. ▪ Elaboração de novos projetos básicos objetivando tornar mais eficiente a contratação de serviços terceirizados ▪ Ampliação do controle e fiscalização da frota de veículos oficiais da Secretaria de Estado da Saúde - SES ▪ Aumento do suporte técnico, administrativo na parte de processos de compras e manutenção para as Unidades desta Secretaria. ▪ Aquisição de novos equipamentos gráficos para atender a Divisão de Gráfica da SES ▪ Aumento do controle na confecção de rouparia hospitalar e administrativa, aquisição de aviamento e tecidos, controle e estoque de materiais e a

	padronização de tecidos e rouparia hospitalar de acordo com as necessidades das unidades da SES.
--	--

METAS	PERÍODO
1 - Ampliar em pelo menos 30% a eficiência em relação à assessoria, monitoramento e gerenciamento dos projetos de infra-estrutura.	2008-2011
2 - Fazer 100% das adequações dos sistemas de energia elétrica para corrigir as deficiências nas capacidades demandadas e possibilitar, assim, o perfeito funcionamento das Unidades da SES,	2008-2011
3 - Adquirir 20% de novos equipamentos para a Divisão de Gráfica da SES.	2008-2011
4 - Controlar 100% das atividades desenvolvidas pela Central de 5 - Costura (confeção e distribuição de rouparia hospitalar).	2008-2011
6 - Reduzir em 80% as deficiências na elaboração dos Projetos Básicos que originam o Edital para o processo de Licitação.	2008-2011
7 - Manter o controle efetivo da frota de veículos oficiais em no mínimo 90%.	2008-2011
8 - Ampliar para 100% a fiscalização e controle dos contratos de prestação de serviços terceirizados.	2008-2011

GERÊNCIA SUPRIMENTOS

OBJETIVO 1: Qualificar as ações e serviços inerentes às atribuições da Gerência de Suprimentos.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
--------------------	--------------------

Reorganização e garantia da eficiência das ações e serviços inerentes aos processos de compra, recebimento, armazenamento e a distribuição de insumos da SES.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de encontros, seminários, para análise, estudo e elaboração de uma proposta de agenda comum às áreas afins. ▪ Promoção de seminários, encontros com técnicos do MS e/ou outras Instituições parceiras neste processo, buscando garantir a melhoria do processo de abastecimento das Unidades com entregas mais regulares.
---	---

METAS	PERÍODO
1 - Promover encontros técnicos com a AGANP e NTIS buscando a melhoria do sistema SIGMAT em 100%.	2008 - 2009
2 - Reduzir o tempo em 30% de permanência dos processos nos diversos setores.	2008 - 2011
3 - Promover a entrega de 80% do total de insumos padronizados.	2008 - 2011
4 - Implantar os Centros de Custos em 100% das Unidades Hospitalares e Assistenciais da Secretaria a Saúde;	2008 - 2011
5 - Implementar em 100% o Projeto "Banco de Preços/GESUP/SAF/SES' nas áreas de medicamento, material médico hospitalar, laboratório, nutrição, odonto, imagem, escritório, higiene e limpeza	2008 - 2011

DIRETRIZ 02	ESTRATÉGIAS
Otimizar o processo de desenvolvimento do RH lotado na GESUP, buscando garantir a eficiência de todas ações por eles realizadas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecimento de ações de intercâmbio com Instituições promotoras de Cursos e Treinamentos ▪ Conquista de vagas para os funcionários nos cursos voltados para as áreas de atuação da gerência.

METAS	PERÍODO
1 - Ampliar em 20% as vagas nos cursos de capacitação ano a ano.	2008 - 2011
2 - Elaborar um cronograma de atividades internas voltadas para a área de desenvolvimento de RH, estimulando a participação de todos na busca de um maior compromisso com a otimização das atividades com 100% de participação.	2008 - 2011

DIRETRIZ 03	ESTRATÉGIAS
Adequação da estrutura física da GESUP,	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adequação de toda estrutura física e construção de um Galpão para guarda

segundo normas da ANVISA e aquisição de mobiliário adequado para o desenvolvimento das atividades desta Gerência.	de medicamentos.
---	------------------

METAS	PERÍODO
1 - Concluir 100% da construção da Guarita.	2008 - 2009
2 - Adequar 100% do sistema de vigilância monitorada.	2008 - 2009
3 - Adequar 100% da capacidade elétrica da GESUP.	2008 - 2009
4 - Adquirir 50% do mobiliário apropriado para armazenamento dos insumos.	2008 - 2009

INFRAESTRUTURA

OBJETIVO 1 : Qualificar às ações voltadas à reforma, construção e adequação da rede física da SES

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Sistemática permanente de orientação à política estabelecida para a Ampliação e recuperação da Rede Física da SES.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir a política para ampliação e recuperação da Rede Física da SES ▪ Estabelecer cronograma de reforma das unidades da rede. ▪ Compor, regulamentar, capacitar e treinar uma comissão multidisciplinar para deliberar sobre os pedidos das unidades inerentes a rede física da SES. ▪ Priorizar a finalização das obras já iniciadas.

METAS	PERÍODO
1 – Elaborar e pactuar uma Política de ampliação e recuperação da Rede Física da SES.	2008 - 2009
2 – Elaborar um Cronograma de reforma das unidades da rede.	2008 - 2011
3 – Realizar um curso de capacitação para a Comissão Multidisciplinar, dotando-os de instrumentos suficientes para deliberar sobre os pedidos das unidades inerentes a rede física da SES.	2008 - 2009
4 – Concluir todas as obras iniciadas	2008 - 2009

EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

OBJETIVO 1: Direcionar de forma mais efetiva as ações voltadas à aquisição e manutenção de equipamentos médico-hospitalares das unidades da SES.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Dimensionar as necessidades de equipamentos médico-hospitalares para todas as unidades da SES;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer uma nova política para aquisição de equipamentos médico-hospitalares na SES. ▪ Sensibilizar os gestores da necessidade de criação de um novo fluxo de processos para aquisição de equipamentos médico-hospitalares na SES; ▪ Estabelecer um novo fluxo de processos para aquisição de equipamentos médico-hospitalares na SES; ▪ Priorizar a finalização dos convênios para aquisição de equipamentos médico-hospitalares já iniciados

METAS	PERÍODO
1 - Implantar uma política de equipamentos médico-hospitalares para as unidades da SES e municípios	2008-2009
2 - Implantar um fluxo de processos para aquisição de equipamentos médico-hospitalares na SES	2008-2009
3 - Ampliar a equipe de gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares com: 01 engenheiro mecânico, 01 engenheiro eletricista, 02 enfermeiras, 01 técnico de raio-x, 01 biomédico, 01 farmacêutico, 01 odontólogo.	2008-2009
4 - Compor uma comissão multidisciplinar para avaliar e priorizar as solicitações referentes à área de equipamentos médico-hospitalares na SES	2008-2009
5 - Concluir os convênios para aquisição de equipamentos médico-hospitalares: Hospital de Urgências de Goiânia, o Hospital de Urgência de Trindade, Hospitais do Interior e o Hospital de Urgência de Santo Antônio do Descoberto.	2008-2009

GESTÃO DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS PÚBLICAS DE SAÚDE

OBJETIVO 1: Promover a modernização da Gestão das Unidades Assistenciais de Saúde na SES.

DIRETRIZ 01	ESTRATÉGIAS
Modernização da Gestão das Unidades Assistenciais Públicas de Saúde na SES.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação / implementação do projeto Fundação Estatal, proposto pelo Governo Federal, como alternativa de gerenciamento para os hospitais públicos.

METAS	PERÍODO
1 - Implantar / implementar o projeto Fundação Estatal, abrangendo todas	2008-2011

IV- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação, Goiás**. 3ª ed. Brasília: MS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Cadernos de Planejamento volumes 1 e 2, PLANEJASUS/MS. Brasília: MS, 2006 .

BRASIL. ANVISA. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária**. 1º ed. Brasília: 2007.

_____. NADAV. **Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária**. Brasília: ANVISA, 2007.

_____. **Guia de Orientações para elaboração do PDVISA – 2007**. Brasília: ANVISA, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. **Informações para Gestão do SUS - Goiás**, n.1 / 2007. CONASS/PROGESTORES. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde / DATASUS. **Caderno de Informações de Saúde-Estado de Goiás**, 2005. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: set/2007 a mar/2008.

_____. **Informações em saúde**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: set/07 a maio/08.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: OPAS, 2002, 299 p. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/ripsa/>>. Acesso em: set/07 a maio/08.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental. **Relatórios de Atividades 2006 - 2007**. Goiânia: SVISA, 2006/2007.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento. **Plano Estadual de Saúde- 2004-2007**. Goiânia: SES/GO, 2004. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: set/07 a maio/08.

GOIÁS. Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento. Superintendência de Estatística, Pesquisa e Informação. **Goiás em Dados 2005**. Goiânia: SEPLAN, 2005, 116 p. Disponível em: <<http://portalsepin.seplan.go.gov.br/>>. Acesso em: set/07 a maio/08

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** - volume 24 - p. 1-120, 2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 nov. 2005.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, **Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003**. Rio de Janeiro: 2005.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais – 2004**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19 dez. 2005.

**GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO**

SUPERVISÃO GERAL

Irani Ribeiro de Moura

COORDENAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Mabel Del S. C. de Rodriguez
Loreta Marinho Queiroz Costa

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Claudia Menezes Vidal
Dante Garcia de Paula
Dina Kaley de Jesus
Edivaldo Bernardo de Lima
Eliane Borges Damasceno
Hildêth Pereira de Oliveira Sousa
Loreta Marinho Queiroz Costa
Mabel Del S. C. de Rodriguez
Mara Rúbia Rodrigues Ribeiro
Nelson Bezerra Barbosa
Neusinho Ferreira de Farias
Solange Campos Mota Martins
Yara Maria da Silva Leão

Colaboradores

Ana Lúcia Almeida Gomes dos Reis
Antônia Caetano Rosa Santos
Grevy Passos
Kenia Barbosa Rocha
Lirce Lamounier
Lucimeire Sermino Lemos
Magna Maria de Carvalho

Mariza Aparecida da Silva e Souza
Meire de Paula Ferreira
Neli Alves de Almeida
Olga Maria Saab Ribeiro
Petronor de Carvalho Fonseca