



GOVERNO DO GOIÁS
SECRETARIA DA SAÚDE
ASSESSORIA TÉCNICA DO GABINETE DO SECRETÁRIO

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE - PES 2012 – 2015

GOIÂNIA-GO
2012

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

GOVERNADOR

MARCONI PERILLO JÚNIOR

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

ANTONIO FALEIROS FILHO

SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

HALIM ANTONIO GIRADE

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO, PLANEJAMENTO E FINANÇAS

VALDI MARQUES DE SOUSA

SUPERINTENDENTE DE CONTROLE E AVALIAÇÃO TÉCNICA DE SAÚDE

SALUSTIANO GABRIEL NETO

**SUPERINTENDENTE DE GERENCIAMENTO DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS DE
SAÚDE**

MARIA CECÍLIA MARTINS BRITO

SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

TÂNIA DA SILVA VAZ

SUPERINTENDENTE DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

MABEL DEL SOCORRO CALA RODRIGUEZ

SUPERINTENDENTE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E TRABALHO PARA O SUS

MEIRE INCARNAÇÃO RIBEIRO SOARES

COORDENAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA DE CONSOLIDAÇÃO / REVISÃO

MARIA LUCIA CARNELOSSO
CLÁUDIA DE MENEZES VIDAL PAIVA

EQUIPE TÉCNICA DE CONSOLIDAÇÃO

ALESSANDRA RODRIGUES DE ALMEIDA LIMA
ANA CLÁUDIA MENDES VILELLA
ANA LÚCIA CORREA ALMEIDA
ANAMARIA DE SOUSA ARRUDA HIDALGO
CARLOS EDILSON PEREIRA RIBEIRO
EDILBERTO ALEXANDRE SILVA
MACHADO EDNA COVÉM
ÉLDER BAHIA BALESTRA
ELIANE COURY GUIMARÃES PINTO
FAUSTO JAIME
JOSÉ VANDERLEI SILVA
KARLA JORAMA TAVARES BRANDÃO
LÉLIA MENDONÇA SILVA
LUCIANO LEÃO BERNADINO DA COSTA
LUISELENA LUNA
MAGNA MARIA DE CARVALHO
MARIA DAS GRAÇAS CALDERARI
MARIA JANAÍNA CAVALCANTE NUNES
MEIRE DE PAULA FERREIRA
NÉLSON BEZERRA BARBOSA
SARAH BORGES
VERA LÚCIA ALMEIDA

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO | 5 |
| 1 – Análise Situacional | 6 |
| 1.1 - Condições de saúde | 7 |
| 1.1.1 - Panorama demográfico..... | 8 |
| 1.1.2 - Morbidade e mortalidade | 11 |
| a) Doenças Transmissíveis..... | 11 |
| b) Doenças imunopreveníveis | 21 |
| c) Coberturas vacinais | 25 |
| d) Doenças não transmissíveis | 26 |
| e) Mortalidade geral..... | 29 |
| f) Mortalidade proporcional por idade..... | 33 |
| 1.2 - Determinantes e condicionantes de saúde | 38 |
| 1.2.1 - Aspectos socioeconômicos..... | 39 |
| 1.2.2 - Condições de vida, trabalho e ambiente | 40 |
| 1.2.3 - Complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde | 40 |
| 1.3 - Acesso a ações e serviços de saúde | 44 |
| 1.3.1 - Atenção primária..... | 45 |
| 1.3.2 - Atenção especializada | 48 |
| 1.3.3 - Transplantes..... | 54 |
| 1.3.4 - Atenção às urgências e emergências | 55 |
| 1.3.5 - Assistência Farmacêutica | 55 |
| 1.3.6 - Saúde Mental | 61 |
| 1.3.7 - Atenção à saúde da população indígena | 63 |
| 1.3.8 - Saúde da população negra | 65 |
| 1.3.9 - Regulação e controle do sistema de saúde..... | 67 |
| 1.3.10 - Vigilância em saúde..... | 71 |
| 1.4 - Gestão em saúde | 75 |
| 1.4.1 - Organização administrativa da SES..... | 76 |
| 1.4.2 - Gestão do trabalho e educação em saúde..... | 76 |
| 1.4.3 - Planejamento..... | 78 |
| 1.4.4 - Financiamento | 79 |
| 1.4.5 - Participação e controle social | 87 |
| 2 - Objetivo, diretrizes e metas | 90 |
| 2.1 - Objetivo | 91 |
| 2.2 - Diretrizes e metas | 93 |

APRESENTAÇÃO

O presente Plano tem por finalidade orientar a Gestão do SUS no Estado de Goiás, no período de 2012 a 2015.

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

Em abril de 2011, foram dados os primeiros passos para a sua elaboração com a medição das Funções Essenciais em Saúde Pública (FESP), metodologia aplicada com a cooperação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e a participação do Conselho Estadual de Saúde (CES), das Universidades, do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e dos representantes de áreas estratégicas da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO).

O processo de socialização do conhecimento sobre a estrutura e o conteúdo do Plano foram realizados por meio de uma reunião com a presença de representantes das diferentes áreas da SES, do Conselho Estadual de Saúde (CES), do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems), da Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), entre outros.

Na elaboração, procurou-se compatibilizá-lo com o Plano de Governo, o Plano Plurianual (PPA) e o Plano de Ação Integrada de Desenvolvimento (PAI), na perspectiva de integração entre o planejamento e orçamento estadual e com as recomendações da 7ª Conferência Estadual de Saúde.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 - CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

1.1.1 - PANORAMA DEMOGRÁFICO

No período de 2000 a 2010, entre os últimos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do Estado de Goiás cresceu em 20%, passando de 5.003.228 para 6.003.788 habitantes. A taxa média geométrica de crescimento anual da década foi de 1,84%, enquanto a taxa brasileira ficou em 1,17%. Em outras palavras, ganhamos um milhão de habitantes em uma década. Em algumas regiões do estado, contudo, esse crescimento chegou a 10% em três anos, como é o caso da região do entorno do Distrito Federal.

Entretanto, maior que o crescimento demográfico experimentado, talvez seja a transformação estrutural ocorrida. De acordo com estimativas do IBGE, em 2040, a população nacional deverá parar de crescer e experimentar a redução populacional.

Embora estudiosos apontem a desaceleração e a interrupção do crescimento demográfico brasileiro, há um fator que não deve sofrer redução e merece destaque, a mudança na composição demográfica. Os sucessivos e contínuos processos de mudança e alteração da estrutura demográfica devem assumir papel de relevância no cenário do planejamento.

Um dos aspectos de maior relevância em relação à estrutura demográfica da população brasileira e também goiana é o envelhecimento populacional, considerado, no momento, um dos maiores desafios da Saúde Pública, resultado esse da queda das taxas de mortalidade, especialmente por doenças infectocontagiosas e, posteriormente, da queda da taxa de fecundidade.

A taxa de fecundidade atual no Brasil (1,94 filho/mulher) se encontra abaixo do nível de reposição populacional (2,1 filhos/mulher). A população brasileira é uma das que envelhece mais rapidamente. São 21 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais (PNAD, 2009). Um aumento de cerca de 500% em 40 anos. Desse grupo, a maioria é de mulheres, brancos e com baixa escolaridade. Quase metade tem mais de uma doença crônica e cerca de 30% não têm plano de saúde ou cadastro no Programa Saúde da Família. Esse processo traz consequências diretas nos serviços de saúde, sociais e econômicas.

O aumento da esperança de vida, contudo, tem contribuído para o aumento das incapacidades entre os idosos e, conseqüentemente, uma maior dependência e aumento da demanda por cuidados. Ao passo que as famílias menores e a saída cada vez maior da mulher para o mercado de trabalho trazem um grande desafio sobre a responsabilidade do cuidar do idoso. Esse ônus tem ficado exclusivamente com a família, com pouco envolvimento do setor público.

Outro aspecto diz respeito à emigração/imigração. Segundo Alves, Martine e Neto (2009), os deslocamentos espaciais da população são, conjuntamente com as mudanças na composição de grupos populacionais, os principais determinantes da configuração demográfica do país nos dias de hoje.

O processo de industrialização no Brasil, a partir de 1956, contribuiu significativamente no processo de urbanização da população. Hoje, mais de 80% da população brasileira vivem nas cidades. Em Goiás, esse percentual é próximo de 90%. O processo de urbanização

trouxe bônus à população, contudo, a segregação socioespacial pode ser citada como um ônus.

Em relação às regiões, o intenso fluxo migratório entre regiões (ex: do Nordeste para São Paulo) tem dado espaço às migrações intrarregionais e intraestaduais. Goiás destaca-se como área de retenção migratória nacional e regional.

Apesar de a população jovem ser considerada um grande recurso para o desenvolvimento, a curto prazo, pouco se tem feito ou investido para a mesma. Os jovens de hoje têm um nível de escolaridade bem superior ao de algumas décadas, em contrapartida, a taxa de desemprego é uma das maiores. Programas voltados para esse grupo são apenas compensatórios, contudo, políticas públicas na primeira infância têm um maior retorno social.

A gravidez na adolescência e o casamento infantil minam quase todas as metas de desenvolvimento do milênio, quais sejam: a redução da taxa de mortalidade infantil; a redução da pobreza; a universalização do ensino fundamental; a redução da mortalidade materna; reverter a deterioração ambiental, dentre outros.

Em 1980, mais da metade da população de Goiás (53,4%) tinha entre zero e 19 anos. Em 2010, esse grupo etário representou apenas 32,9% do total de habitantes de Goiás. Nessa década, a população com idade a partir de 60 anos representava apenas 4,5%. Já, em 2010, este índice mais do que dobrou, passando para 9,4% do total de habitantes.

O censo demográfico 2010 mostra o envelhecimento populacional da sociedade goiana. Este envelhecimento é uma tendência nacional e ocorrerá de maneira gradativa assumindo valores proporcionais e absolutos. Concomitantemente ao fenômeno do envelhecimento, ocorre a redução nas taxas de fecundidade de forma que a proporção de idosos cresça frente à diminuição do número de crianças.

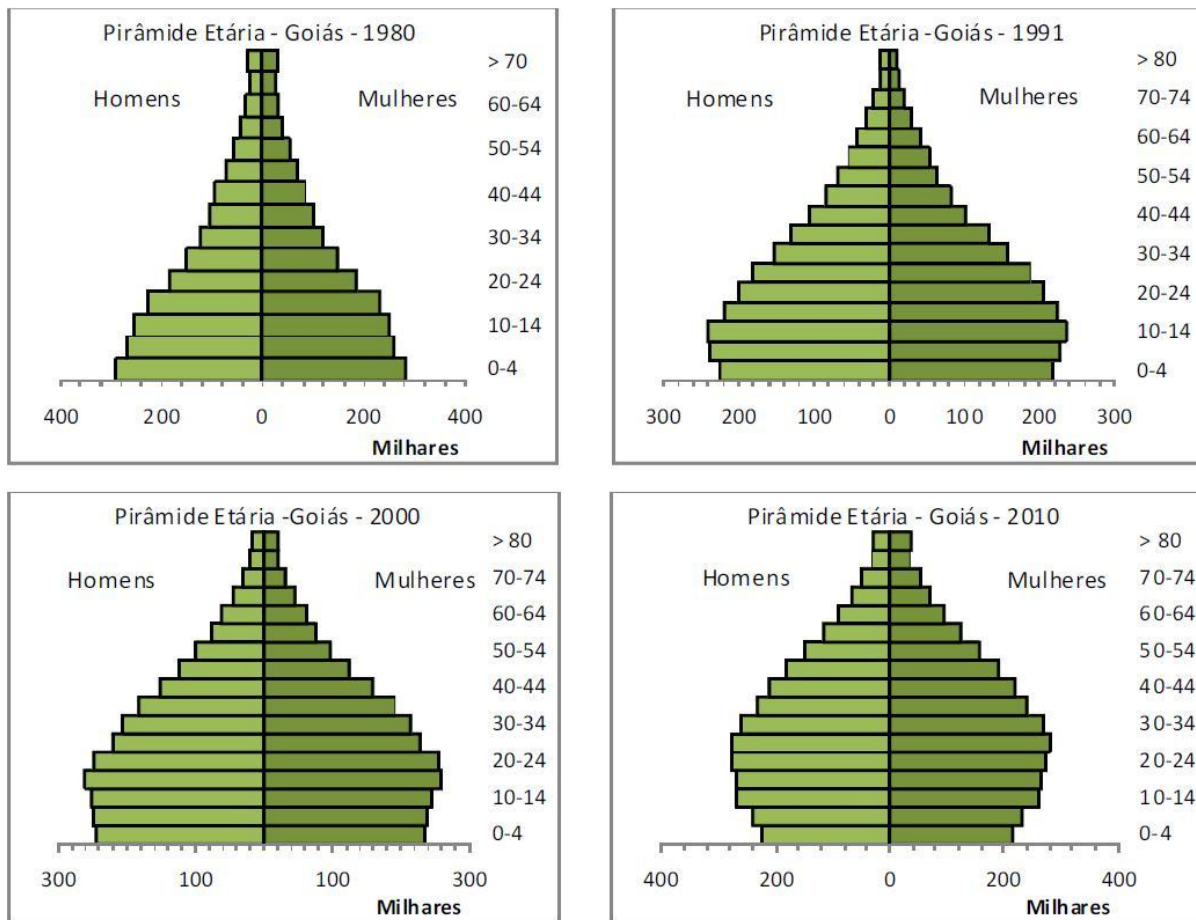
Além disso, os avanços na medicina e a popularização do acesso aos recursos hospitalares e farmacêuticos fazem a expectativa de vida ampliar – fato que garante maior quantidade de idosos em nossa sociedade.

Com as alterações na composição demográfica, os investimentos públicos devem sofrer um redirecionamento. O corpo discente das universidades, por exemplo, deve crescer em proporção diferente e superior à quantidade de alunos em pré-escolas, fazendo com que os recursos públicos ganhem novas prioridades.

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

Quanto maior o grau de envelhecimento, maior será a responsabilidade do planejamento, pois a população economicamente produtiva será cada vez menor, sendo assim, não caberão imperícias na distribuição de recursos produzidos (Cenários Econômicos de Goiás Nº 03/11).

Gráfico 1 - Alterações na estrutura da pirâmide etária da população de Goiás - 1980 a 2010.



Fonte: IBGE / SEPIN - 2011

Dessas pirâmides, pode-se depreender:

- Em 1980, mais da metade da população de Goiás (53,4%) tinha entre zero e 19 anos. Em 2010, esse grupo etário representou apenas 32,9% do total de habitantes de Goiás;
- Em 1980, a população com idade a partir de 60 anos representava 4,5%. Em 2010, este índice mais do que dobrou, passando para 9,4% do total de habitantes.

1.1.2 MORBIDADE E MORTALIDADE

a) Doenças transmissíveis

As doenças transmissíveis continuam sendo um importante problema de saúde pública no Estado, considerando o impacto da mesma sobre a morbidade e a mortalidade que ocasionam na população em geral.

Em relação às doenças transmitidas por veiculação hídrica e alimentos (DTA), nos últimos cinco anos, são mais prevalentes a hepatite A e viroses pelo rotavírus com um comprometimento maior da população na faixa etária acima de dez anos, representando 8,7% do total de internações hospitalares, ocupando o 6º lugar no ranking por grupos de causas em Goiás. Como são doenças de transmissão fecal-oral, é possível concluir que os aspectos de maior relevância para ocorrência da contaminação estão relacionados diretamente com o saneamento básico, falta de higiene pessoal e contatos com objetos e alimentos contaminados. Entretanto, o sistema de vigilância epidemiológica, SINAN, neste caso, mostra-se não efetivo, havendo subnotificações e, conseqüentemente, a não realização de todas as investigações de casos dessas doenças, especialmente falhas no processo de notificação pelos serviços da rede hospitalar.

Nos últimos oito anos, observa-se um crescimento dos casos de **dengue** em Goiás, uma média anual de 26.626 casos notificados, sendo que, em 2010, foi registrada a maior epidemia desde a reintrodução da doença no Estado (1994), ocorrendo 115.079 casos com 93 óbitos. Já em 2011, houve uma redução do número de casos, sendo registrados 43.945 casos suspeitos de dengue. Destes, 402 casos graves, registrados 80 de Febre Hemorrágica (FHD) e 322 de Dengue com Complicação (DCC). Quanto aos óbitos, neste mesmo ano, foram confirmados 29 óbitos, sendo 17 por FHD e 12 por DCC, havendo ainda 50 óbitos em investigação pelo Comitê Técnico Estadual de Avaliação de Óbitos Suspeitos de Dengue. Neste contexto, 99 dos 246 municípios do Estado foram classificados como de alto risco para epidemia da doença, com incidência maior que 300 casos por 100 mil habitantes; 86 como de médio risco, com incidência entre 100 a 300 casos /100.000 habitantes; e 53 de baixo risco, com incidência abaixo de 100 casos/100.000 habitantes.

A presença do *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da doença, foi detectada em todos os municípios de Goiás e em 145 deles foi registrada transmissão de dengue. A circulação dos quatro sorotipos DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4 está confirmada no Estado, e o mais prevalente foi o DENV 1, detectado em 20,3% das amostras analisadas. O DENV 4 foi isolado nos municípios de Goiânia e Aparecida de Goiânia em novembro de 2011.

Apesar da redução de 61,8% dos casos em relação ao mesmo período de 2010, o quadro entomológico e epidemiológico do estado aponta para futuras possíveis epidemias, considerando a ampla distribuição do *Aedes aegypti* e circulação simultânea de quatro sorotipos associada à possível dispersão do sorotipo DENV 4 para outros municípios.

Goiás continua fazendo parte da região endêmica brasileira para **febre amarela silvestre** (FAS), pela manutenção do vírus amarelíco entre os hospedeiros naturais. O último surto ocorreu entre 2007 e 2008, foram registrados 24 casos com 16 óbitos, o que corresponde a uma letalidade de 66,7%. Em 93 municípios foram registradas a transmissão intensa de um agente patogênico entre os animais hospedeiros naturais ou morte de macaco, o que configura as epizootias. Em 2009, foram registradas 15 epizootias em 14 municípios goianos;

em 2010, 12 epizootias em 09 municípios e, em 2011, 16 epizootias em 05 municípios, não tendo sido detectado o vírus amarelo nas amostras coletadas. O caráter cíclico da doença associado à localização geográfica, ao seu histórico, a ocorrência periódica de morte de macaco e a alta infestação por *Aedes aegypti* em Goiás, torna a febre amarela uma grande preocupação de saúde pública para os próximos três anos.

Quanto às **hepatites virais**, os resultados apresentados em 2011, em relação ao número de casos de **hepatite B** confirmados por sorologia, demonstram que Goiás não alcançou a meta pactuada de 80% no Pacto pela Vida, tendo registrado o percentual de 77%. Somados a isso, observa-se que dos 5.980 casos notificados no SINAN, mais de 70% não possuem classificação etiológica ou apresentam-se como casos inconclusivos, o que possibilita afirmar que o indicador apresentado acima pode não representar a realidade epidemiológica do estado. Já, em relação à **hepatite C**, os dados apresentados indicam que foram notificados 137 casos, dos quais 122 tiveram confirmação laboratorial do contato com o vírus.

A análise dos dados da Tabela 1, abaixo, permite concluir que houve uma significativa redução de exames e de confirmação laboratorial dos casos suspeitos notificados no SINAN no período de 2007 a 2011, num total acumulado de 7.632 casos notificados de hepatites virais B, C e D, configurando-se um problema grave para a detecção precoce e o tratamento da doença. As faixas etárias mais acometidas pela hepatite B se encontram entre 20 e 34 anos, e sua forma mais comum de transmissão é a sexual, o que também a classifica como uma doença sexualmente transmissível (DST), evidenciando a necessidade de que o acesso às informações de educação sexual e educação em saúde ocorra mais precocemente possível, entre 10 e 14 anos. Deve ser considerada, ainda, que a hepatite B, na maioria das vezes, é assintomática, o que aumenta a probabilidade de que esta população de jovens esteja se infectando na pré-adolescência, durante as primeiras relações sexuais desprotegidas.

Tabela 1 - Confirmação laboratorial de casos suspeitos de hepatites virais B, C e D, notificados no SINAN - 2007 a 2012

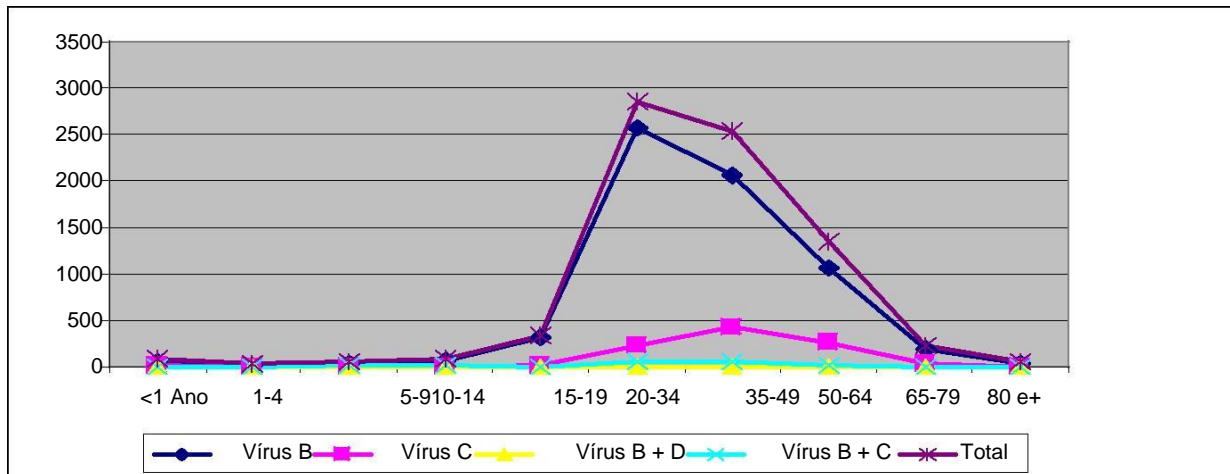
| Ano | Casos acumulados de notificações | Casos acumulados confirmados laboratorialmente | % de casos notificados que realizaram diagnóstico Laboratorial |
|--------------|----------------------------------|--|--|
| 2007 | 1528 | 925 | 60,50% |
| 2008 | 1272 | 649 | 51,00% |
| 2009 | 1730 | 739 | 42,70% |
| 2010 | 1585 | 648 | 40,88% |
| 2011 | 1517 | 531 | 35,00% |
| Total | 7632 | 3492 | 45,75% |

Fonte: Sinanet/GVEDT/SUVISA, dados preliminares de 2011.

A Rede Estadual de Atenção e Diagnóstico das Ações de **hepatites virais** é composta por Centros de Testagem e Aconselhamento, implantados em 17 Municípios do Estado de Goiás, com ampliação prevista para nove Municípios, totalizando 26 unidades.

Em Goiânia, além da disponibilidade de diagnósticos sorológicos, está em funcionamento o teste rápido para triagem das hepatites B e C, no Centro de Referência de Diagnóstico e Terapêutica/SMS de Goiânia.

Gráfico 2 : Número de casos de hepatites virais, por etiologia e faixa etária, confirmados laboratorialmente - Goiás - 2007 a 2011*



Fonte: GVEDT/SUVISA/SES/SINAN, dados preliminares até 31/12/2011

Os casos mais graves de hepatite encontram-se no grupo das hepatites virais crônicas que englobam especialmente os do tipo B e C como vírus endêmicos de nossa região e em relação à mortalidade, no período de 2007 a 2010, foi registrado um total de 227 óbitos por várias etiologias de hepatites no Estado.

O tratamento das hepatites virais conta com o financiamento do Ministério da Saúde, em relação ao custeio dos medicamentos, e sua distribuição é feita pela Central de Medicamentos de Alto Custo (CMAC) - Juarez Barbosa.

Encontra-se em fase de formulação uma normativa do Ministério da Saúde, tratando da migração dos medicamentos de hepatites para a Assistência Farmacêutica Estadual, mudança esta que possibilitará a descentralização da distribuição da medicação, facilitando o acesso dos pacientes e a redução da interrupção do tratamento.

A descontinuidade do tratamento pode levar a situações como uma falha terapêutica, o desenvolvimento de resistência viral, dificuldades da adesão ao tratamento, a perda de órgão nos pacientes transplantados e, em casos mais extremos, a interrupção abrupta dos antivirais pode acarretar em um quadro de hepatite fulminante pela elevação rápida da carga viral. O agravante é que em média 80% dos casos de hepatite fulminante resultam em óbito.

Com a finalidade de apoiar os Estados, Municípios e Distrito Federal na melhoria do desempenho em relação à execução das ações de prevenção e controle das hepatites virais, foi publicada a Portaria Nº. 2.849, de 2 de dezembro de 2011, instituindo o repasse de incentivo financeiro para os municípios prioritários no Estado de Goiás, conforme detalhado na Tabela 2.

Tabela 2 - Repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para municípios do Estado de Goiás – 2011.

| Municípios prioritários- Resolução 213/2011 – CIB/GO. | Valor do repasse (R\$) |
|---|-------------------------|
| Goiânia | R\$ 234.091,35 |
| Aparecida de Goiânia | R\$ 76.755,60 |
| Luziânia | R\$ 27.513,54 |
| Águas Lindas de Goiás | R\$ 24.499,53 |
| Secretaria Estadual da Saúde de Goiás | R\$ 665.198,98 |
| Total | R\$ 1.028.059,00 |

Fonte: Portaria GM/MS Nº . 2.849, de 02/12/2011.

As informações epidemiológicas referentes à Aids em adultos, registradas no período de 1984 até junho de 2011, apresentam um total de 10.034 casos, com tendência de estabilização da doença. A maior concentração ocorre na faixa etária de 20 a 49 anos, representando 84% de todos os casos. A categoria de maior exposição são os heterossexuais que, entre 2001 e 2010, representavam 61,1% do total de casos da doença. Na análise da série histórica por distribuição de sexo desde a detecção do primeiro caso (1984), temos 6.763 (67,4%) casos no sexo masculino e 3.267 (32,6%) no sexo feminino.

Apesar do percentual acumulado em homens ser maior, é evidente que o processo de feminização da epidemia vem ocorrendo. Em 1988, a razão entre sexos era de 13 casos no sexo masculino para um caso no sexo feminino, enquanto que em 2007, a razão passou para dois casos no sexo masculino para um caso no sexo feminino. Em relação aos indivíduos com idade igual ou superior a cinquenta anos, embora não tenham apresentado taxas de incidência superiores a da população geral, é inegável o aumento do número de casos, em especial após 2004, com maior taxa de incidência nos anos 2009 (4,8 /100.000 habitantes) e 2010 (4,6/100000 habitantes).

Em adolescente/jovens na faixa etária de 15 a 24 anos, é notório o aumento dos casos em homossexuais e bissexuais, representado por um acréscimo de 380% na proporção de casos entre 2003 e 2009. Em relação à razão de sexo nessa faixa etária, observa-se que o percentual de adolescentes do sexo feminino com a Aids é maior do que nas mulheres em geral.

Quanto ao coeficiente de mortalidade desse agravo em todas as faixas etárias, as maiores taxas de mortalidade foram registradas nos últimos quatro anos, com índices de 4,3 casos por 100.000 habitantes em 2008 e 2009, sendo as taxas nacionais de 6,2 casos por 100.000 habitantes nos respectivos anos, evidenciando que o tratamento adequado tem sido um indicador de melhora da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids e aumento da taxa de sobrevivida.

O que certamente suscita a discussão sobre a necessidade da implantação de serviços especializados e descentralizados de diagnóstico e assistência às Pessoas Vivendo com HIV/Aids - PVHA na média complexidade, com o objetivo de ampliar o diagnóstico e tratamento precoce das DST/HIV/Aids, tendo em vista que muitas pessoas ainda desconhecem o seu diagnóstico e iniciam tardiamente o tratamento, já com agravos importantes na saúde.

Os resultados obtidos pela análise da série temporal de casos de Aids e sífilis por

transmissão vertical permitiram identificar uma tendência decrescente de casos. O decréscimo na incidência dos casos de Aids em menores de cinco anos pode ser evidenciado a partir de 2004, com redução de 100% na taxa de incidência de 1998 a 2010, passando de 2,7 para 0,0 casos por 100.000 habitantes nos respectivos anos.

Quanto à sífilis congênita, no período de janeiro de 2000 a junho de 2010, o coeficiente de incidência teve o menor valor (0,35/1.000 nascidos vivos) em 2002 e o maior (0,96/1.000 nascidos vivos) em 2004. A partir deste ano, a tendência à redução e estabilização nas taxas de incidência foi observada com índice de 0,47/1.000 nascidos vivos, em 2005, e 0,38/1.000 nascidos vivos, em 2010.

Cabe salientar que os avanços perceptíveis na prevenção dos casos de Aids em menores de 13 anos não foram acompanhados por melhorias efetivas nos indicadores de sífilis congênita, que permanece como uma doença negligenciada pelos serviços de saúde e tem mantido taxas de incidência próximas a 0,4 casos para cada 1.000 nascidos vivos, desde 2005, em nosso estado. Os dados evidenciaram que o não cumprimento de medidas simples, tais como a detecção precoce, tratamento adequado da gestante e do parceiro são fatores importantes na persistência de casos novos de uma infecção que é 100% prevenível e cujos mecanismos de prevenção, inclusive o tratamento, estão disponíveis na rede pública de saúde, em caráter obrigatório.

Nesse contexto, a implantação do teste rápido como diagnóstico de HIV e triagem para sífilis durante o pré-natal no âmbito da atenção básica e a assistência as gestantes e crianças expostas ao HIV e sífilis nas maternidades do SUS, contempla a Rede Cegonha, como proposta de atenção integral a saúde materno-infantil e propicia o acesso das populações vulneráveis.

Em relação às coinfeções tuberculose/HIV e hepatites virais/HIV, observa-se um aumento na detecção de coinfectados, possivelmente devido à ampliação da oferta do teste HIV em populações vulneráveis, conforme previsto na Portaria nº151, de 14 de outubro de 2009. Embora os casos de tuberculose não tenham apresentado variações significativas na série histórica analisada, o percentual de coinfeção Tb/HIV evidencia um aumento gradativo, passando de 4,0% em 2003 para 9,6% em 2010. Quanto à coinfeção hepatites virais/HIV, observa-se que houve aumento significativo da proporção de casos do ano de 2009 para 2010, que passou de 2,98% para 6,96%, respectivamente.

A Vigilância Epidemiológica das DST/HIV/Aids tem como desafio minimizar as subnotificações de casos e aprimorar as informações contidas nas fichas de investigação nas unidades notificantes, pois a incompletude e inconsistências certamente comprometem a análise das variáveis e impossibilitam inferências relativas à associação causal dessas infecções. Existem também, limitações no relacionamento das bases de dados dos Sistemas de Informação em Saúde, tais como: SINAN, SIM, SICLOM, SISCEL.

Doenças como a **hanseníase**, que apresentam uma estreita associação com causas ambientais e sociais, apesar da redução significativa da prevalência na última década, a mesma, ainda apresenta altos índices de detecção. Em 2011, foram detectados 2.102 casos novos e 3.264 casos em tratamento, parâmetros considerados como muito alto e alto, respectivamente, pela Organização Mundial de Saúde.

Inserido no eixo Pacto pela Vida, o indicador que avalia a efetividade das ações corresponde ao percentual de cura dos casos novos que, em Goiás, apresentou em 2011 o percentual de 82%, parâmetro considerado Regular pela OMS (Tabela 3).

A hanseníase, apesar da possibilidade de cura, quando não diagnosticada e tratada adequadamente, pode causar incapacidades físicas e graves deformidades, cujas consequências mais frequentes são a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis também pelo preconceito e o estigma contra a doença.

O Percentual do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico é um indicador pactuado na Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), cujo parâmetro considerado como Baixo é < 5% e avalia a proporção de pessoas acometidas pela hanseníase que apresenta necessidades de reabilitação ao longo de suas vidas.

No Estado, a intensificação de ações mais efetivas não só no diagnóstico e tratamento, como também nas atividades de prevenção de incapacidades e reabilitação favoreceu a redução do percentual de incapacidades nos últimos anos (Tabela 3).

Tabela 3 - Indicadores de Hanseníase e Parâmetros – OMS/MS Goiás - 2011*

| Indicador | Situação Goiás | Parâmetros |
|--|-----------------|------------|
| Coeficiente de Prevalência | 5,4/10.000 hab. | Alto |
| Coeficiente de detecção | 35/100.000 hab. | Muito Alto |
| Proporção de cura dos casos novos diagnosticados nos anos da Coortes. | 82,00% | Regular |
| Proporção de Casos Novos com Grau de Incapacidades Avaliados no Diagnóstico. | 94,00% | Bom |
| Proporção de Casos Novos de Hanseníase com Incapacidades Físicas no Diagnóstico. | 5,00% | Baixo |

Fonte: SINAN/NET/SUVISA (*) Dados preliminares.

Com relação à cobertura das ações de controle, o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase/MS considera como parâmetro bom, o percentual de cobertura entre 50 a 85%. A intensificação do processo de descentralização das ações de controle, as atividades de capacitação dos profissionais de saúde dos serviços de atenção básica e o monitoramento das atividades resultaram na manutenção de uma cobertura de 82%.

Gráfico 3 – Casos em Registro Ativo e Coeficiente de Prevalência de Hanseníase por 10.000 habitantes – Goiás – 2000 a 2011*

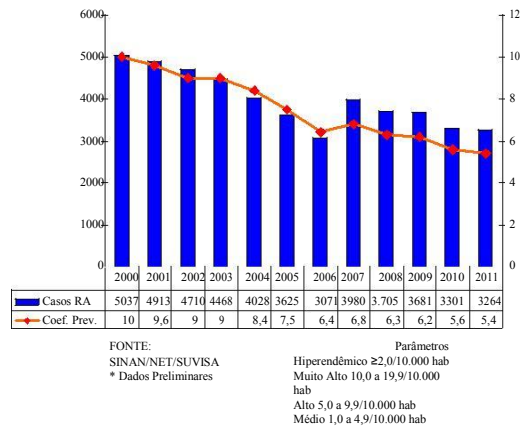
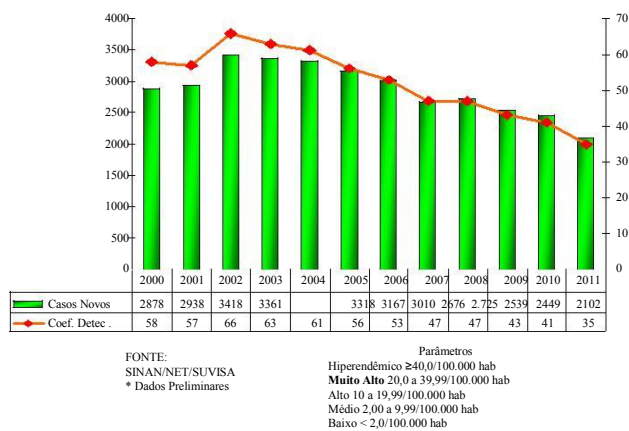
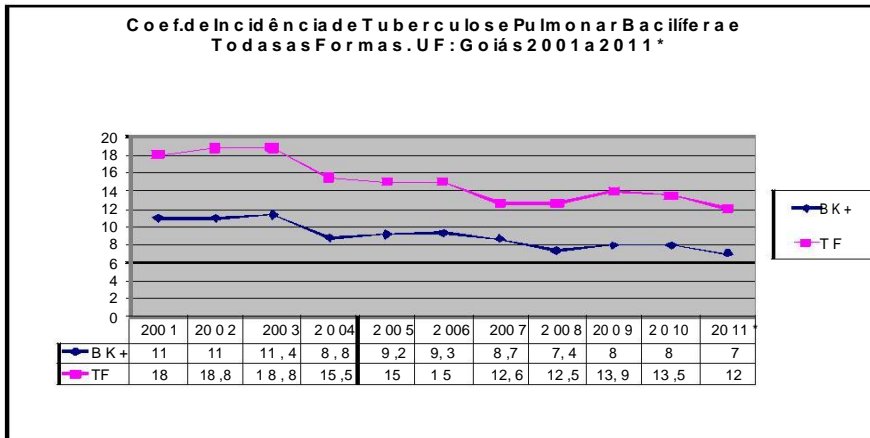


Gráfico 4 – Casos novos e Coeficientes de Detecção Geral de Hanseníase por 100.000 Habitantes – Goiás – 2000 a 2011*



Em relação à **tuberculose** em Goiás, no ano de 2011, foram notificados 750 casos da doença, o que corresponde a um coeficiente de incidência de todas as formas da doença em torno de 12,5 casos por 100.000 habitantes e, da tuberculose pulmonar bacilífera, de 7,0 por 100.000 habitantes. Destes, 63% estão concentrados em apenas 12 municípios, sendo prioritários para o controle da tuberculose, Goiânia e Aparecida de Goiânia. Embora os dados de 2011, ainda sejam preliminares, observa-se uma oscilação, para menos, no coeficiente de incidência de todas as formas de tuberculose, conforme Gráfico 5.

Gráfico 5 – Coeficiente de Incidência de Tuberculose Pulmonar Bacilífera e Todas as Formas – Goiás – 2011



Fonte: SINAN NET/G VEDT / SUV ISA/ SE S-GO

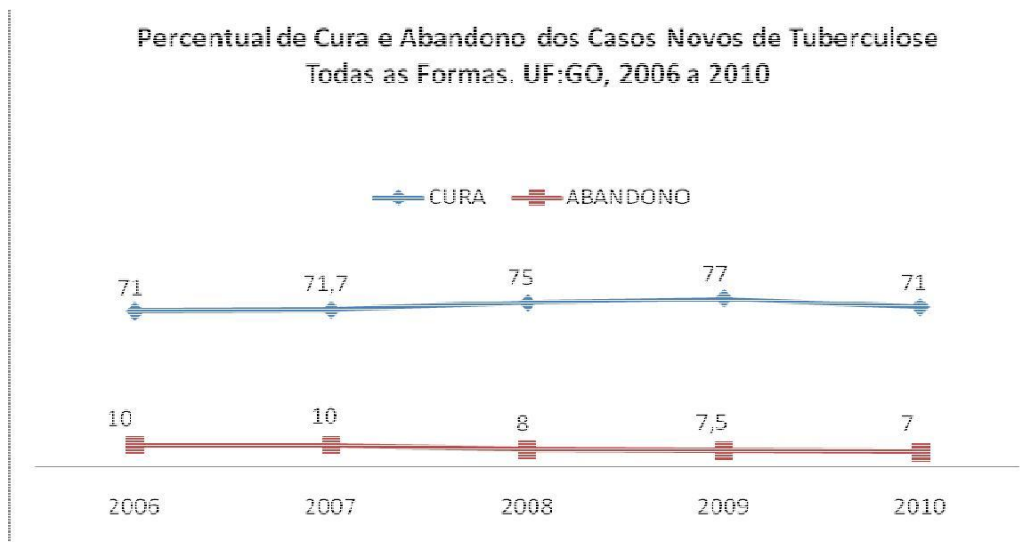
*Dados Preliminares

Apesar dos grandes avanços dos últimos anos, a tuberculose, ainda, é preocupante, considerando a incidência de casos de tuberculose pulmonar, especialmente os bacilíferos; a mortalidade e a crescente associação com o HIV/Aids.

A intensificação da busca dos sintomáticos respiratórios torna-se uma atividade de suma importância para detecção precoce dos casos de tuberculose pulmonar bacilíferos, sendo que 45 dos municípios se encontram silenciosos para essa busca ativa. Houve uma redução no percentual de exames realizados nos contatos de pessoas diagnosticadas de 2010 para de 2011, de 75.5% para 55% respectivamente.

A taxa de cura no ano de 2011 foi de 71% e vem se mantendo abaixo do parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde (85%), conforme demonstrado no Gráfico 6, situação que pode ser melhorada com a implementação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Gráfico 6 – Percentual de Cura e Abandono dos Casos Novos de Tuberculose – Goiás - 2006-2010



Fonte: SINANNET-TB/GVEDT/SUVISA/SES-GO

Os principais indicadores da Tuberculose avaliados na Programação das Ações de Vigilância em Saúde estão apresentados na tabela a seguir:

Tabela 4 - Indicadores de Tuberculose na PAVS – 2011

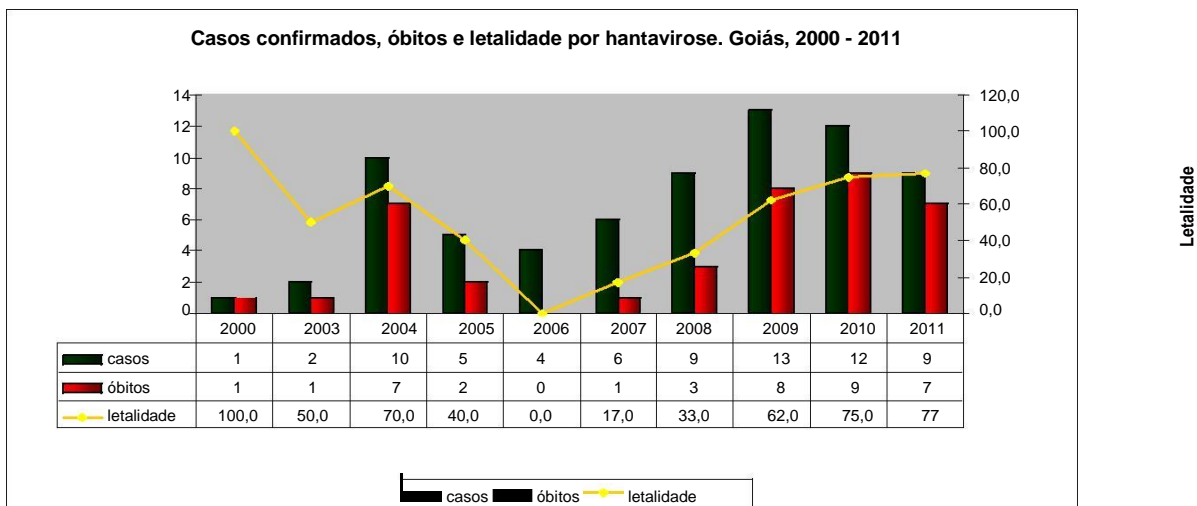
| INDICADOR | RESULTADO | META |
|--|-----------|--------|
| % de Cura Pulm. Bacilífero | 71,00% | 85,00% |
| % de Cultura realizada nos casos de retratamento TB | 45,00% | 40,00% |
| % de Contatos de casos de TB Pulm. Bacilífero | 75,50% | 70,00% |
| % de Casos novos Pulm. Bacilífero em Tratamento Supervisionado | 57,00% | 70,00% |
| % de Encerramento oportuno no SINANNET | 95,00% | 90,00% |

Fonte: SINANNET/GVEDT/SUVISA/SES-GO

No período de 2007 a 2011, foram notificados 290 casos suspeitos de **leishmaniose visceral**, dos quais 224 foram confirmados. Os municípios de Pirenópolis, Campos Belos, Uruaçu e Crixás são os maiores notificadores. Em relação à Leishmaniose Tegumentar Americana, observa-se um aumento sempre crescente no número de casos nos últimos anos, de 377 casos em 2007 a 631 em 2010. Os municípios de Niquelândia, Goiânia, Minaçu, Mineiros, Baliza, Doverlândia, São Miguel do Araguaia, Rio Verde, São Domingos, Caiapônia, Uruaçu, Aparecida de Goiânia, Jataí e Porangatu são os que apresentam o maior número de casos.

Em Goiás, nos últimos cinco anos, houve a confirmação laboratorial de 49 casos de **hantavirose**, com uma letalidade de 57,14%, e uma maior incidência na zona rural e na população do sexo masculino. As Regionais Macrogoiânia e Pireneus são responsáveis por mais de 70% dos casos confirmados de hantavirose, com 41,5% e 31,7%, respectivamente. Em terceiro lugar vem a Regional Rio Vermelho com quatro casos, totalizando 4,9% dos casos confirmados.

Gráfico 7 - Casos confirmados, óbitos e letalidade por hantavirose – Goiás - 2000



Fonte: Coordenação de Zoonoses/SUVISA/SES-GO

Quanto à **leptospirose**, de 2007 a 2011, foram notificados 443 casos suspeitos, com 33 casos confirmados e oito óbitos, representando uma letalidade de 24,2%. No ano de 2007, foram confirmados seis casos, observando-se uma letalidade de 50%; a partir de 2008, houve uma regressão no número de óbitos, sendo que em 2011, foram notificados cinco casos confirmados da doença, com a evolução de dois casos para óbito, representando uma letalidade de 40%.

Algumas profissões, como trabalhadores em limpeza e desentupimento de esgotos, garis, catadores de lixo, agricultores, veterinários, tratadores de animais, pescadores, magarefes, laboratoristas, militares e bombeiros, dentre outras, apresentam maior predisposição ao contato com as leptospirosas, conforme diagnóstico do Ministério da Saúde. Do total de indivíduos notificados, 70,9% são do sexo masculino e 29,1% do sexo feminino, fato este proveniente da composição predominantemente do sexo masculino dos trabalhadores que exercem essas atividades.

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

Cada município possui o sistema implantado 'Programa de Controle da Doença de Chagas' (Pcdch) e com equipe técnica, responsáveis pelas pesquisas nos domicílios e naqueles considerados positivos, são efetuadas as borrifações.

Os dados extraídos para a análise foram do PCDCH, de 2007 a 2011. A metodologia operacional utilizada é a pesquisa de campo (Visita Domiciliar – VD) e Pontos de Informações de Triatomíneos (PIT), onde são feitos o recolhimento dos triatomíneos e encaminhamento a cada quinze dias para os laboratórios regionalizados distribuídos no estado. Desses, uma amostragem de 10% são enviadas para o LACEN/GO para a revisão e, posteriormente, ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP/UFG), da Universidade Federal de Goiás, para controle de qualidade.

Em 2010, ocorreram quatro casos de chagas aguda congênita, detectados pelo teste da mamãe (exames ofertados em toda rede pública, realizados em parceria com o laboratório da APAE).

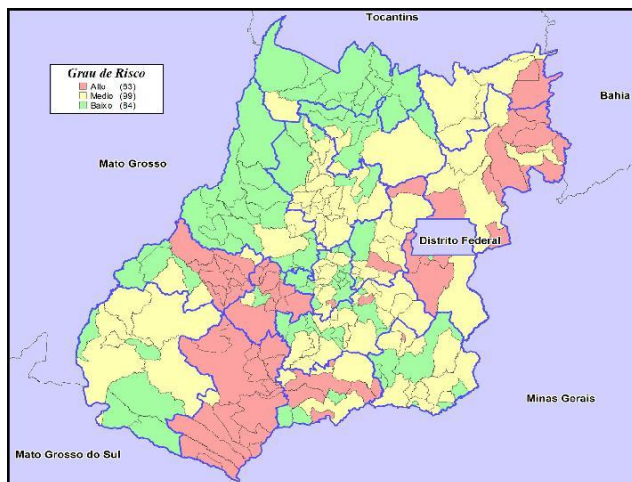
No período de 2007 a 2011, foram pesquisadas 193.102 Unidades Domiciliares (UD), borrifadas 7.587, o que representou 3,92% das UD pesquisadas (PCDCH).

Os municípios estão classificados em: alto risco, os que apresentaram acima de 13 insetos (63 municípios); médio risco, entre seis e 13 insetos (99 municípios); baixo risco, aqueles que apresentaram menos de seis insetos (84 municípios).

| Atividades do Programa de Chagas 2007 a 2011 | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Atividade/Ano | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Total |
| Pesquisa | 61.728 | 48.940 | 37.437 | 16.055 | 28.942 | 193.102 |
| Borrifação | 3.377 | 1.311 | 920 | 355 | 1.624 | 7.587 |
| Exame | 5.544 | 4.729 | 2.723 | 885 | 2.935 | 16.816 |

Fonte: PCDCH/Coordenação de Zoonoses/SUVISA/SES-GO

Municípios por grau de risco para Chagas



Fonte: Coordenação de Zoonoses/SUVISA/SES-GO

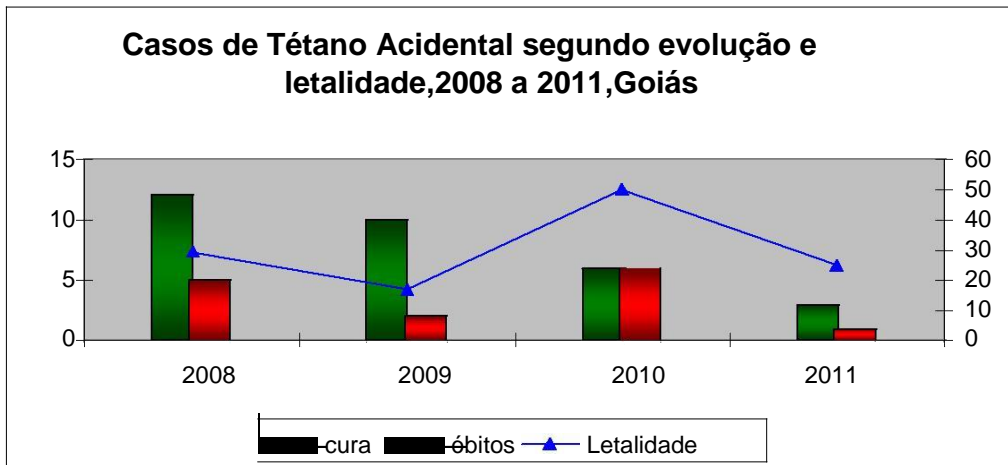
b) Doenças imunopreveníveis

As doenças imunopreveníveis, em Goiás, como no Brasil apresentam resultados positivos de controle e redução significativa decorrentes da maior disponibilidade de vacinas e ampliação das coberturas nas diferentes faixas etárias da população. Entre esses resultados podemos citar a erradicação da poliomielite e a eliminação do sarampo.

Em Goiás, os últimos casos de **sarampo** ocorreram em 1999, com 11 casos confirmados. Mas, também, observa-se no estado o controle da difteria, tétano e coqueluche, embora não se justificando, ainda, para os dois últimos, haverem casos notificados e óbitos, uma vez que as vacinas estão disponíveis em toda a rede de atenção primária.

A exemplo, no Gráfico 8, verificamos 58 casos suspeitos de **tétano acidental** notificados, no período de 2008 a 2011, confirmados 31 e dentre estes 14 foram a óbitos.

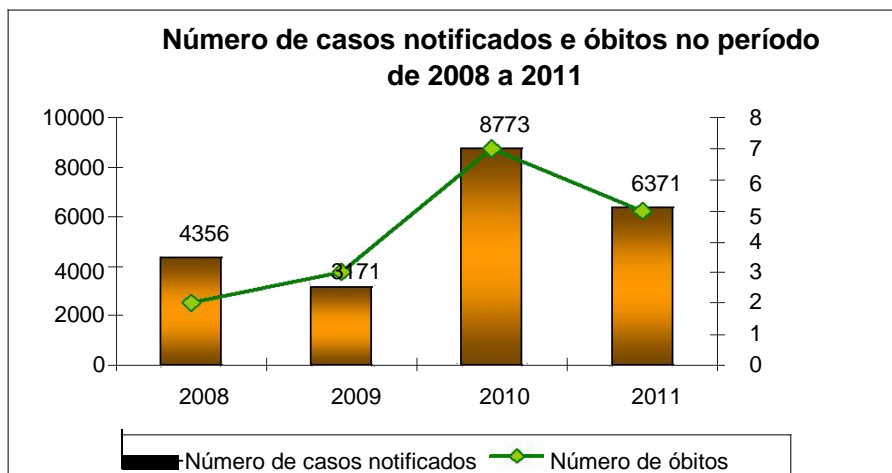
Gráfico 8 – Casos de Tétano Acidental segundo a evolução e letalidade – Goiás - 2008-2011



Já no caso da **rubéola e síndrome da rubéola congênita**, os últimos casos foram notificados em 2008, com 48 e dois casos, respectivamente. Desde então, não se registrou mais casos, devido à articulação de ações de vigilância epidemiológica e de imunização.

Em relação à **varicela** (catapora), no período de 2008 até 2011, foram notificados 22.671 casos, com uma média de 5.667 casos/ano (Gráfico 9) e 17 óbitos no total. No ano de 2010, ocorreu o maior número de notificações no estado, um total de 8.773 casos suspeitos e sete óbitos confirmados pela doença. No ano seguinte, ocorreu uma redução de 2.402 casos, notificados, no entanto, os óbitos ocasionados pela doença mantiveram-se em alta, o que demonstra um aumento na incidência de casos graves durante este período de quatro anos.

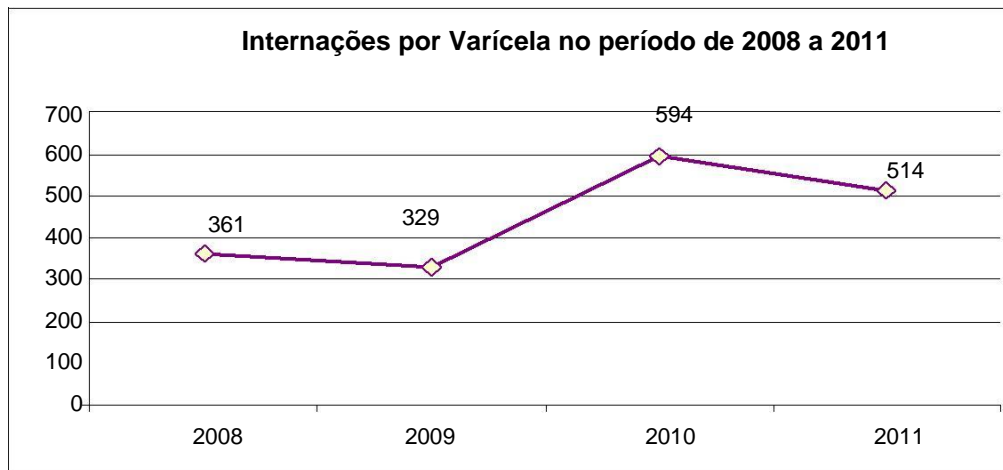
Gráfico 9 – Número de casos de Varicela notificados e óbitos - Goiás - 2008-2011



Fonte: SINAN/SUVISA/SES-GO

Em relação às internações, ocorreram em média 268 casos/ano, observando-se um acentuado aumento no número de internações a partir de 2008. Até o mês de novembro de 2011, ocorreram 514 internações, uma redução de 13% em relação ao mesmo período de 2010, com 594 internações (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Internações por varicela – Goiás - 2008-2011



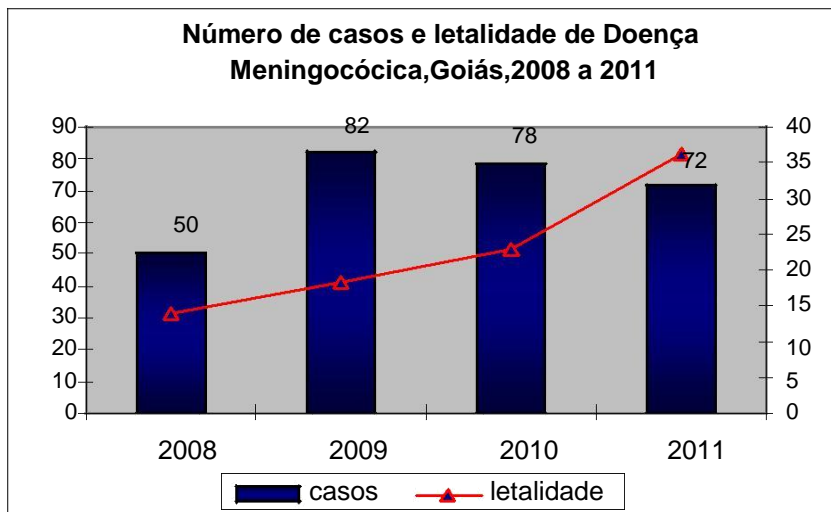
Fonte: DATASUS/SUVISA/SES-GO

Neste caso, que não há vacinas disponíveis para a prevenção e proteção das crianças, as ações de educação em saúde com informações à população sobre os meios de evitar a transmissão são de fundamental importância para o controle da mesma.

O Programa Nacional de Imunização (PNI), do Ministério da Saúde, não introduziu essa vacina no calendário básico no país, pela baixa eficácia da mesma na proteção individual da população. No estado, está disponível apenas no Centro de Referência de Imunobiológicos Especial (CRIE), no Hospital Materno Infantil, indicado para pessoas imunodeprimidas.

Quanto às **meningites**, no período de 2008 a 2011, foram notificados 5.611 casos suspeitos de meningite, com a confirmação de 1.686 casos. Destes, 282 foram por doença meningocócica, casos mais graves da doença, e 84 casos evoluíram para óbito. Em 2011, dos 411 casos confirmados de meningite, 72 foram de doença meningocócica (DM), sendo que 26 casos foram a óbito (Gráfico 11), dados que configuram aumento da taxa de letalidade em relação aos períodos anteriores.

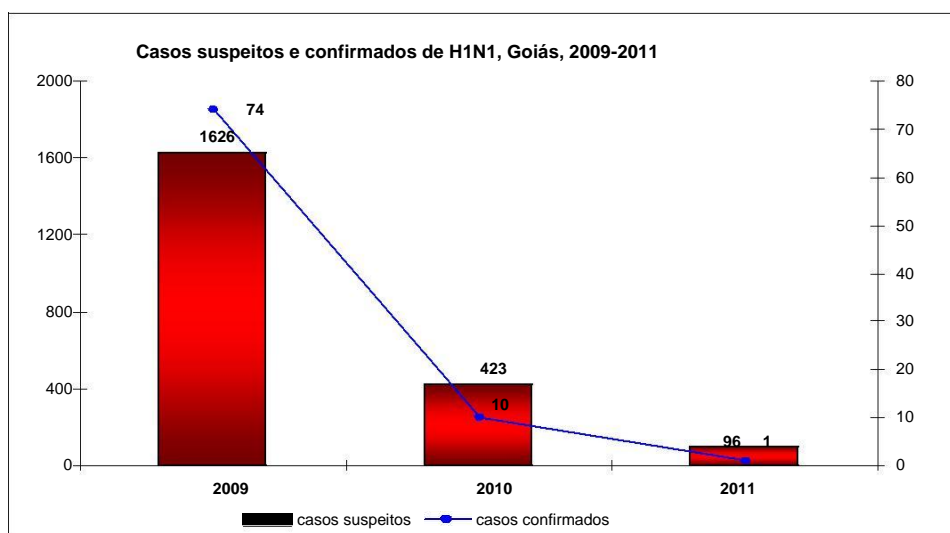
Gráfico 11 - Número de casos e letalidade de Doença Meningocócica - Goiás - 2008-2011



Fonte: SUVISA/SES-GO

No ano de 2009, Goiás registrou 1.626 casos de **influenza**, sendo 74 confirmados. A implementação da vacinação em grupo de risco colaborou significativamente para a redução do número de casos nos anos seguintes, de forma que em 2010 foram registrados 423 casos e em apenas 10 deles foram isolados o vírus H1N1 e no ano de 2011, foram notificados 96 casos e somente um foi confirmado (Gráfico 12).

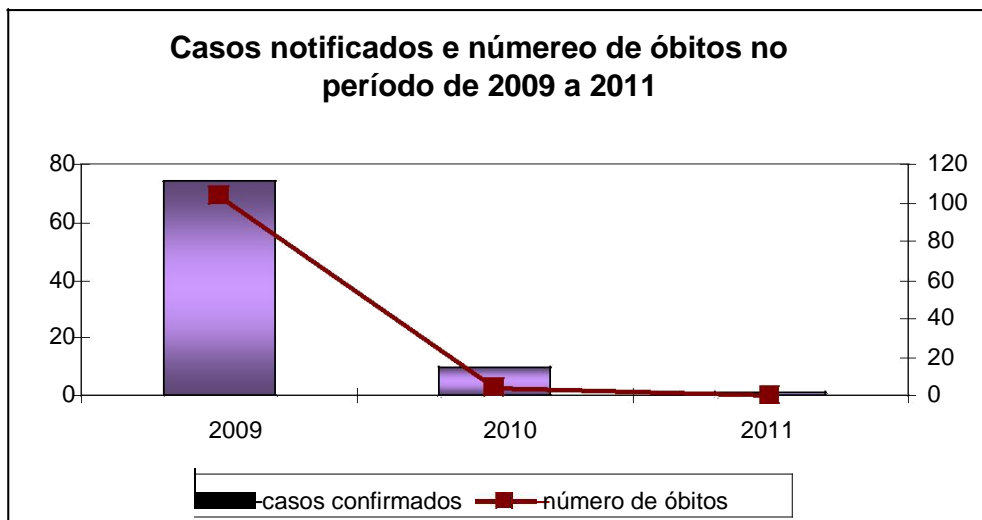
Gráfico 12 – Casos suspeitos e confirmados de H1N1 - Goiás - 2009-2011



Fonte: SINAN/SUVISA/SES-GO

Em relação aos óbitos, em 2009, durante o período pandêmico, ocorreram 103 óbitos. Em 2010 foram registrados apenas quatro óbitos e, em 2011, não houve nenhum registro de óbitos por influenza.

Gráfico 13 – Casos notificados e número de óbitos de H1N1 – Goiás – 2009-2011



Fonte: SINAN/SUVISA/SES-GO

O último caso de **raiva humana** registrado em Goiás foi em 2008, transmitida por morcego. Nos últimos dez anos, houve uma redução significativa (98%) da raiva em animais (cães e gatos), sendo o último caso confirmado em 2011, o mesmo ocorreu em um gato não domiciliado no município de Goiânia.

c) Coberturas vacinais

Os indicadores de imunização, de cobertura e de homogeneidade são utilizados como parâmetros para monitorar e reordenar ações e o desempenho dos serviços de saúde.

Cada vacina exige um percentual mínimo de cobertura vacinal de indivíduos para controle da doença. No caso da vacina BCG, contra formas graves de tuberculose, e a vacina contra o Rotavírus, a cobertura deve ser de 90%. Para as vacinas contra a hepatite B, tetravalente, poliomielite, tríplice viral, pneumocócica 10 valente e meningocócica C conjugada, a cobertura necessária é de no mínimo 95% e contra a febre amarela, de 100%, observando para que no mínimo 70% dos 246 municípios alcancem as coberturas acima para todas as vacinas.

No Estado de Goiás, de 2007 a 2011, observou-se que na vacinação de rotina foram atingidas coberturas vacinais adequadas para as vacinas BCG, hepatite B, poliomielite, tetravalente, pneumocócica 10 valente e febre amarela, em crianças menores de um ano de idade e para a tríplice viral, em crianças de um ano de idade, sendo que somente a vacina rotavírus não alcançou a cobertura vacinal preconizada de 90%.

É importante ressaltar que as vacinas pneumocócica 10 valente e meningocócica C (conjugada) foram implantadas no segundo semestre de 2010, sendo que as altas coberturas da vacina meningocócica C (conjugada) ocorrem, provavelmente, por desvio de faixa etária (Gráfico 11).

Entretanto, essas coberturas não são homogêneas para todos os municípios e ou regiões, significando um risco para a transmissão contínua das doenças em razão dos bolsões de crianças suscetíveis, que permanecem sem proteção. Isso, também, é observado nas campanhas de vacinação contra a poliomielite em crianças e para influenza em pessoas acima de 60 anos, onde as coberturas apesar de serem satisfatória no total geral do estado, oscilam muito em relação à homogeneidade.

d) Doenças não transmissíveis

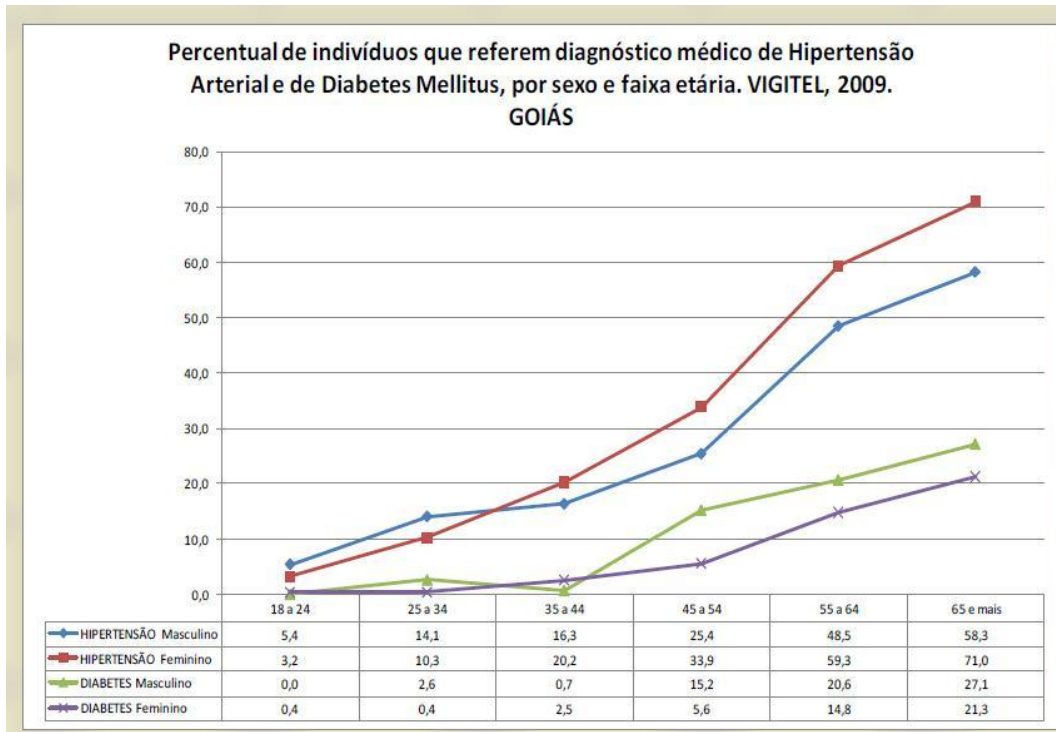
Segundo a Organização Mundial de Saúde (2009), as doenças crônicas de maior impacto mundial são as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas que têm como principais fatores de risco em comum o tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e o álcool. Em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são a pressão arterial elevada, responsável por 13% das mortes no mundo, 9% relacionado ao tabagismo, 6% aos altos níveis de glicose sanguínea, 6% atribuídos a inatividade física e 5% ao sobrepeso e obesidade.

Dentre as doenças do aparelho circulatório, destacam-se as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares. Esse grupo de doenças tem a hipertensão arterial e o diabetes mellitus como principais fatores de risco patológicos. A prevalência de hipertensão na população, em Goiás, tem variado de 18 a 33% e de diabetes de 06 a 8,2%.

Em relação ao segundo grupo de causa de morte em Goiás, as causas externas expressam-se com alto impacto no adoecimento e morte da população, especialmente na mortalidade precoce, na diminuição da expectativa e qualidade de vida de adolescentes, jovens e adultos. Esse grupo de causas tem mostrado um crescimento importante em Goiás, especialmente em função das violências (acidentes de transporte e agressões).

No Gráfico 15, observa-se que em Goiás, tanto nos homens como nas mulheres, houve aumento do diagnóstico médico referido de hipertensão arterial com a idade. Nas mulheres, o diagnóstico referido de hipertensão diminui com o aumento da escolaridade e nos homens, é maior na faixa de escolaridade de menos de oito anos (VIGITEL, 2009).

Gráfico 15 – Percentual de indivíduos que referem diagnóstico de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, por sexo e faixa etária – Goiás - 2009



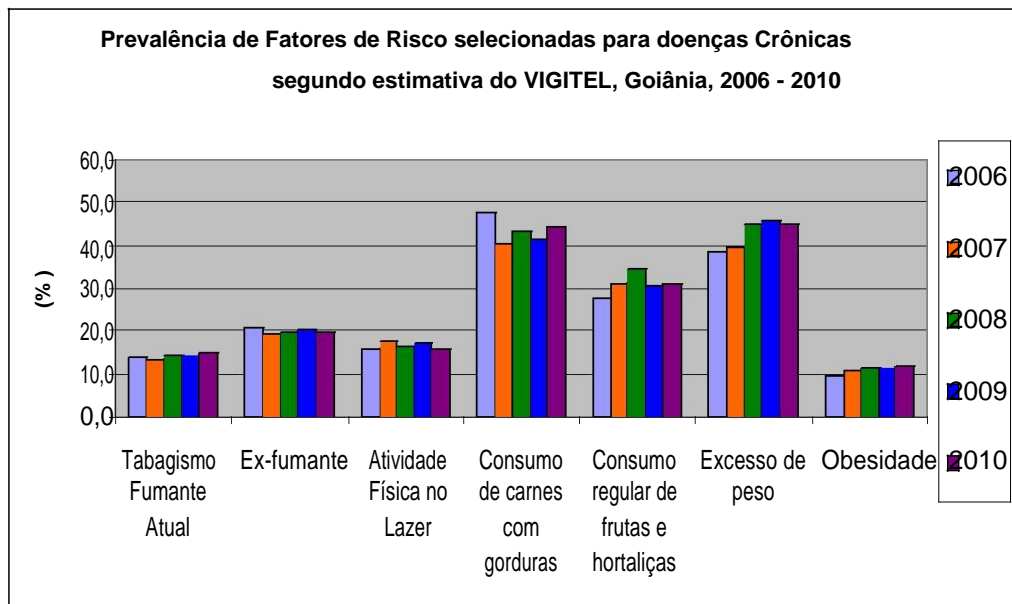
A proporção de diabetes aumenta com a idade em ambos os sexos, diminui com a escolaridade para as mulheres e é menor na faixa intermediária de escolaridade para os homens. As mulheres apresentam, no geral, maior frequência de diagnóstico médico de diabetes do que os homens. Da mesma forma que a hipertensão arterial, estes dados devem ser analisados com cautela, pois também refletem o acesso aos serviços de saúde.

As doenças crônicas não transmissíveis estão diretamente ligadas aos hábitos e estilos de vida da população, refletem o meio em que vivem. Por essa razão, as ações de **promoção da saúde**, para serem efetivas e eficazes, devem considerar os aspectos – sociais, culturais, políticas e econômicas- do meio onde os mesmos estão inseridos, pois são de grande relevância e decisivos na saúde e doença, determinando a qualidade de vida individual ou coletivamente.

Em relação aos hábitos alimentares, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 (POF/IBGE), a população goiana está comendo menos arroz e feijão - a mistura típica nacional balanceada e rica em nutrientes - e consumindo mais carne, refrigerantes, cerveja, pães e alimentos industrializados, com altos teores de sal, gordura e açúcar. Goiás, conforme o referido estudo, é o 4º estado do país em que a população consome mais cereais, entre os quais arroz e milho, atrás apenas do Piauí, Maranhão e Tocantins. Apesar disso, a quantidade anual de arroz servido nos domicílios a cada um dos goianos caiu de 41,1 quilos, em 2002, para 25,6, em 2008. Já o quantitativo de carnes consumido individualmente pela população goiana passou, no mesmo período, de 21,9 quilos para 24,5 quilos. Os doces e confeitarias avançaram de 1,6 quilos para 2 quilos.

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde vem desenvolvendo o **VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**, desde 2006, com o objetivo de fazer o monitoramento contínuo da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. O Gráfico 16 apresenta os resultados obtidos em Goiânia, no período de 2006 a 2010.

Gráfico 16 – Prevalência de Fatores de Risco selecionada para as doenças crônicas segundo estimativa do VIGITEL – Goiânia - 2006-2010



Os dados acima mostram que de 2006 a 2010 a prevalência de excesso de peso e obesidade vem aumentando na população do município de Goiânia, com redução de ingestão de frutas e hortaliças e aumento do consumo de carnes e gorduras. Observa-se, também, que não houve aumento das atividades físicas nesse período, o que deve ser contemplado nas políticas públicas, uma vez que o sedentarismo contribui para o aumento de peso da população e por ser um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares.

Na Tabela 5 são apresentados alguns dados dos inquéritos realizados em alguns municípios de Goiás, com resultados preocupantes. Os inquéritos subsidiaram planos de ações multifatoriais e intersetoriais importantes, com a participação da comunidade, para promoção da saúde e redução de danos.

Por alguns anos, essa estratégia foi considerada prioridade nas políticas de promoção, coordenadas pelo estado e desenvolvidas por algumas regionais de saúde que abraçaram a estratégia e a implantaram nos municípios de sua jurisdição, como a Regional Oeste II e de São Luiz de Montes Belos. As mudanças políticas nos municípios e as alterações nos quadros técnicos levaram á desestruturação desses planos, havendo descontinuidade das ações.

Tabela 5 - Prevalências de Fatores de Risco para DANTs, nos inquéritos realizados em 1999, 2001, 2004 e 2005 – SES - Goiás

| Fatores de Risco | Goiânia 1999 | | Goiânia 2004 | | Quirinópolis 2001 | | S. L.M.B. 2005 | | Firminópolis 2005 | |
|----------------------|-----------------|------|-----------------|------|----------------------|------|-------------------|------|----------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Hipertensão Arterial | 1014 | 33 | 1072 | 33,4 | 276 | 28,8 | 71 | 8,43 | 765 | 18,2 |
| Excesso de peso | 1121 | 36,3 | 1436 | 44,1 | 332 | 46,5 | 361 | 42,9 | 1960 | 46,7 |
| Tabagismo | 706 | 22,8 | 529 | 16,2 | 163 | 23,1 | 109 | 12,9 | 812 | 19,4 |
| Sedentarismo | 2007 | 66,2 | 2126 | 64,9 | 544 | 76,4 | 495 | 58,8 | 2783 | 66,4 |
| Hiperglicemia | 124 | 8,1 | 158 | 8,2 | 43 | 6 | - | - | - | - |

Fonte: GVEDNT/SUVISA/SES/GO, 2011.

Observa-se que já no primeiro inquérito (1999), Goiânia apresentava prevalência de excesso de peso de 36,3%, aumentando, em 2004, cinco anos após, para 44,1%. Os dados mais recentes do VIGITEL (2010) indicam uma prevalência de excesso de peso nos adultos, em Goiânia, de 44,6%, enquanto **a obesidade passou de 9,2% em 2006 para 11,9% em 2010;**

Quirinópolis - 46,5%(2001); São Luiz de Montes Belos - 42,9% (2005) e Firminópolis - 46,7% (2005). Enquanto, de forma proporcionalmente inversa, constatou-se que a população em Goiás pratica pouca **atividade física**, considerando as altas prevalências de **sedentarismo**, onde foram realizados os inquéritos de base populacional, que podem ser extrapolados para todo o estado.

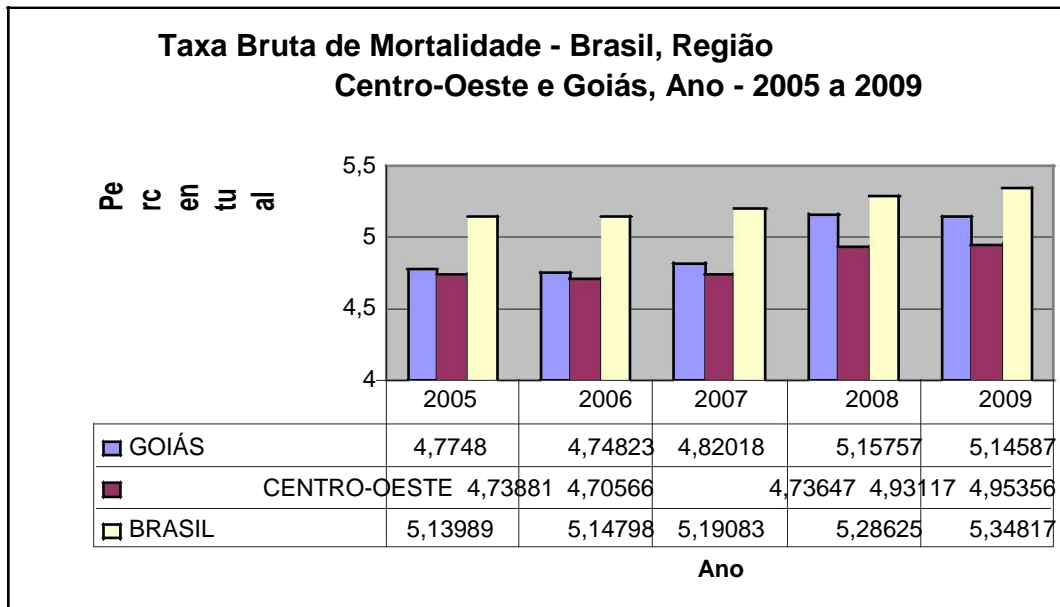
No Brasil, é crescente a preocupação com o **excesso de peso e a obesidade**. A proporção de adultos com excesso de peso tem aumentado de forma progressiva em todos os inquéritos realizados.

O **tabagismo**, semelhante aos dados nacionais, vem nos últimos anos apresentando uma redução na sua prevalência, em contrapartida, observa-se um aumento do uso de **bebidas alcoólicas** de início muito precoce, ainda na adolescência, bem como um aumento assustador do uso de **substâncias psicoativas**.

e) Mortalidade geral

A taxa geral de mortalidade no Estado de Goiás vem apresentando um leve acréscimo nos últimos anos, seguindo o panorama do Brasil. O estado apresentou uma taxa de 4,8 óbitos/1000 habitantes em 2005, com valores crescentes até 2009 (5,1/1000) e para o Brasil a taxa foi de 5,1 em 2005 e 5,3 em 2009 (SIM/MS).

Gráfico 17 – Taxa Bruta de Mortalidade – Brasil/Região Centro-Oeste/Goiás - 2005-2009



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

Os dados relativos à **natalidade (14,7)** e **mortalidade infantil (12,75)** demonstram a redução das taxas de natalidade no período de 2005 a 2009, tanto no âmbito estadual quanto no nacional, bem como a redução da mortalidade infantil no mesmo período, conforme Tabela 6.

Tabela 6 - Taxa bruta de natalidade e taxa de mortalidade infantil – Goiás, Centro - Oeste e Brasil - 2005 a 2009

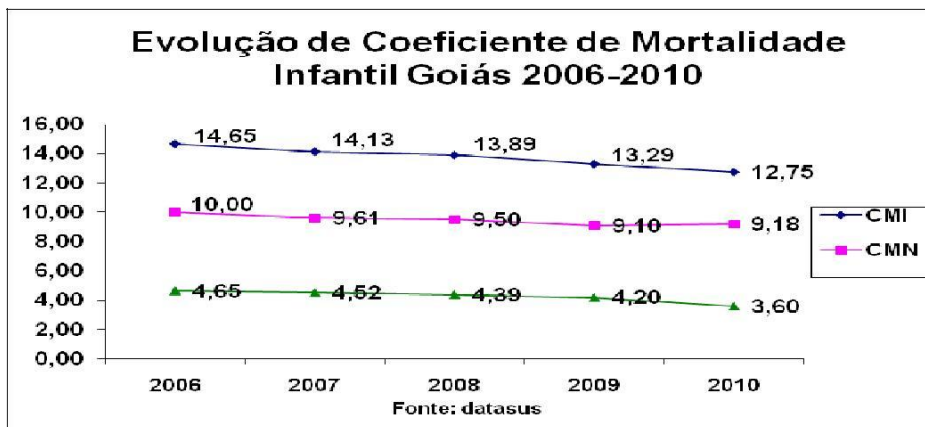
| Especificação | Taxa de bruta de natalidade (1) | | | | | Taxa de mort. Infantil (2) | | | | |
|---------------------|---------------------------------|------|------|------|-------|----------------------------|------|------|-------|------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Goiás | 16,2 | 15,2 | 14,5 | 14,9 | 14,7 | 14,9 | 14,6 | 14,1 | 13,8 | 13,2 |
| Centro-Oeste | 17,7 | 16,7 | 15,9 | 16,2 | 15,84 | 16,2 | 15,4 | 14,8 | 14,4 | 14,6 |
| Brasil | 16,4 | 17,7 | 15,2 | 15,4 | 15,04 | 16,9 | 16,4 | 15,6 | 15,02 | 14,7 |

Fonte: IBGE/ Elaboração: SUVISA/SES - GO/Gerência de Vigilância Epidemiológica Doenças Transmissíveis – 2012

(1) Taxa bruta de natalidade - Nº. de nascidos vivos por 1000 habitantes. (2) Taxa de mortalidade infantil. Nº de óbitos infantis, por 1000 nascidos vivos

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) está em declínio no Estado de Goiás. Na série de 2006 a 2010, no Estado de Goiás, para cada 1.000 crianças nascidas vivas neste período, em média, 12,75 morreram antes de completar um ano de idade. As principais causas da mortalidade infantil foram: afecções originadas no período perinatal, malformação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas e doenças do aparelho respiratório. A meta é atingir menos de 10 óbitos por 1.000 nascidos vivos, índice tolerado pela Organização Mundial da Saúde - OMS. No período de 2006 a 2010, a maior prevalência de óbitos infantis foi no período neonatal.

Gráfico 18 – Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil - Goiás - 2006-2010



Fonte: MS/SVS/DASIS/SIM/GPI/SCATS/SES/GO

Na faixa etária de um a cinco anos as principais causas de óbitos são as causas externas, doenças do aparelho respiratório, seguidas de doenças do sistema nervoso, doenças infecciosas e parasitárias.

A taxa mais elevada de mortalidade infantil foi identificada na Macrorregião Sudeste (14,52) e a menor na Macrorregião Nordeste (12,13), o que provavelmente ocorra devido à subnotificação. Vale ressaltar que 90 municípios goianos são silenciosos em relação à notificação de mortalidade infantil, situação essa considerada grave para análise da situação de saúde da população infantil e proposições de políticas públicas para o controle dos agravos que estão ocasionando esses óbitos.

A melhoria dos níveis de cobertura e da qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e a assistência ao recém-nascido e de ações básicas direcionadas às crianças são fatores para a redução da mortalidade infantil. Assim como a prática do aleitamento materno pelas mães pode colaborar na redução dos riscos da maioria das causas de óbitos apresentada, como as doenças do aparelho respiratório, aparelho circulatório, doenças infecciosas e parasitárias. Segundo a “Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais e Distrito Federal” (MS, 2008), o indicador de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi de 41%, no conjunto das capitais brasileiras, e de 32,7%, em Goiânia, abaixo da média nacional, necessitando intervenções.

Segundo os dados registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), a razão de **mortalidade materna**, dados preliminares de 2010, foi de 48,64 óbitos por 100.000 nascidos vivos, sendo a maior razão observada na macrorregião Nordeste 56,93 óbitos /100.000 NV). Os óbitos maternos em Goiás são, significativamente, elevados e preocupantes, uma vez que esses dados foram informados por apenas 23 dos 246 municípios, configurando a existência de subnotificação por parte dos mesmos.

As causas de morte materna por ordem de frequência são: eclâmpsia, infecção puerperal, abortamento, hemorragia e anormalidades da contração uterina. Dados, ainda, preliminares,

apontam redução de 33% no número de casos de mortalidade materna, em 2011. De janeiro a setembro do ano passado, foram registrados 24 óbitos de mulheres decorrentes de complicações na gravidez e no parto, 12 casos a menos em relação ao mesmo período do ano anterior.

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 (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

Considerando que 70% das mulheres são usuárias do SUS e que cerca de 65% dos óbitos maternos ocorrem no momento do parto, é provável que, apesar do sub-registro e da subinformação, a queda na razão de mortalidade materna calculada com base nos dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC), observada a partir de 1999, seja real. Ainda assim, os números atestam que a situação atual está aquém do aceitável, pois em países desenvolvidos a RMM, filhos por mulher, oscila de 6 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos

Tabela 7 - Razão de Mortalidade Materna (RMM) – Goiás – 2003 a 2010.

| ANO | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | ***2010 |
|-----|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| RMM | 58 | 57 | 37,14 | 48,01 | 34,05 | 44,59 | 36,66 | 48,64 |

***Dados preliminares

Fonte:MS/SVS/DASIS - Sistema de Informação sobre Mortalidade -SIM

Gráfico 19 - Óbitos de mulheres em idade fértil – Centro-Oeste – Goiás - 2002-2011

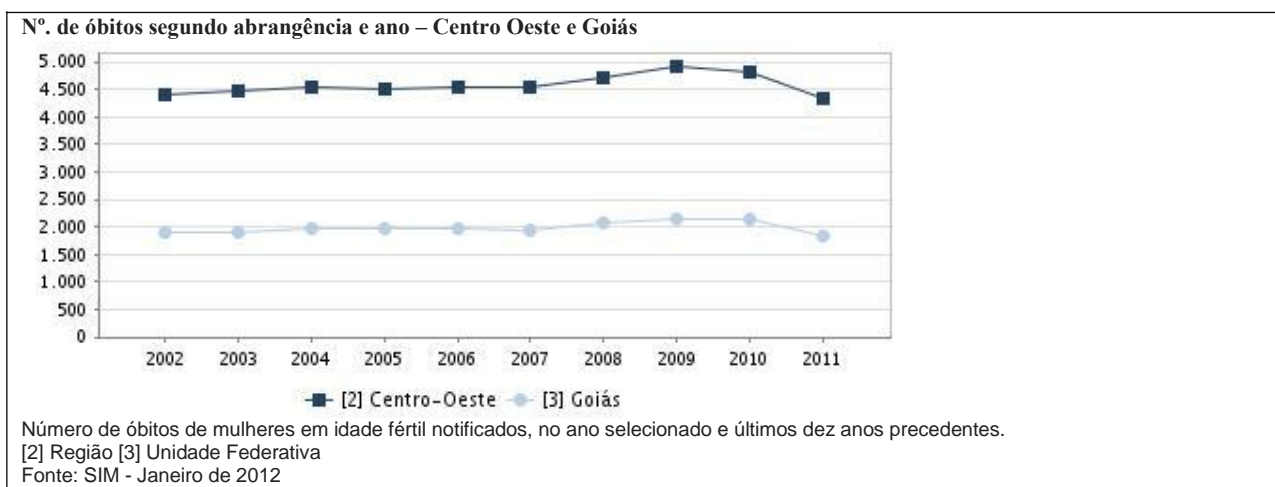


Tabela 8 - Porcentagem de óbitos de mulheres em idade fértil investigados – Goiás – 2006-2011

| ANO | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| Porcentagem de óbitos de mulheres em idade fértil investigados | 66,43 | 37,82 | 38,51 | 31,25 | 22,57 |

Fonte: SIM/SINASC/Comitê de Redução da Mortalidade Materna/Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2007.
MP - Meta Pactuada p/ 2010 = 50%

Observa-se que a Tabela 8 apresenta, no período de 2006 a 2010, uma redução do percentual de óbitos de MIFs investigados, o que pode ser inferido que os serviços de saúde, estadual/e ou municipais não estão seguindo as diretrizes do MS e do Comitê Nacional de Mortalidade Materna e Infantil, que orienta a investigação sistemática de todos os casos. Esse fato pode mascarar os dados de óbitos maternos registrados, atualmente, podendo ser a RMM, ainda, mais elevada no estado.

f) Mortalidade proporcional por idade

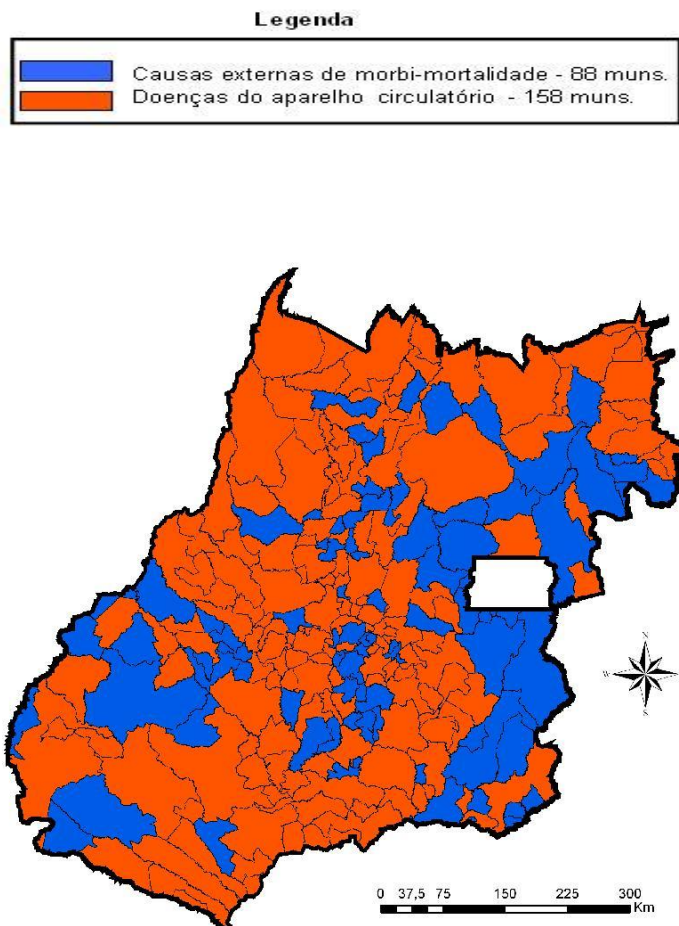
O Estado de Goiás acompanha a tendência nacional de mortalidade concentrada nos grupos etários mais elevados, conforme pode ser observado na comparação de dados de 2005 e 2009, como resultado da redução da mortalidade infantil e do aumento da expectativa de vida que vem ocorrendo desde meados do século passado. Em relação à mortalidade do grupo constituído pelas doenças do aparelho circulatório, observa-se um aumento acentuado dos óbitos a partir de 30 anos de idade, (Tabela 9)

Tabela 9 – Mortalidade proporcional (%) por faixa etária (em anos) - Brasil/Região Centro-Oeste/Goiás – 2005-2009

| | 2005 | | | | | | | 2009 | | | | | | |
|--------------|-------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|-----------|-------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|-----------|
| | Menor 1 ano | 1 a 4 anos | 5 a 9 anos | 10 a 14 anos | 15 a 19 anos | 20 a 59 anos | 60 e mais | Menor 1 ano | 1 a 4 anos | 5 a 9 anos | 10 a 14 anos | 15 a 19 anos | 20 a 59 anos | 60 e mais |
| Goiás | 5,09 | 0,85 | 0,57 | 0,7 | 2,15 | 35,99 | 54,64 | 3,81 | 0,64 | 0,45 | 0,64 | 1,94 | 36,06 | 56,47 |
| Centro-Oeste | 6,09 | 1,08 | 0,61 | 0,79 | 2,35 | 35,99 | 54,64 | 4,68 | 0,89 | 0,51 | 0,73 | 2,18 | 36,3 | 54,72 |
| Brasil | 5,12 | 0,86 | 0,48 | 0,58 | 1,88 | 32,13 | 58,95 | 3,87 | 0,67 | 0,4 | 0,52 | 1,69 | 31,7 | 61,14 |

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

Figura 1 - Mapa de distribuição de causa básica de óbitos - Goiás - 2009

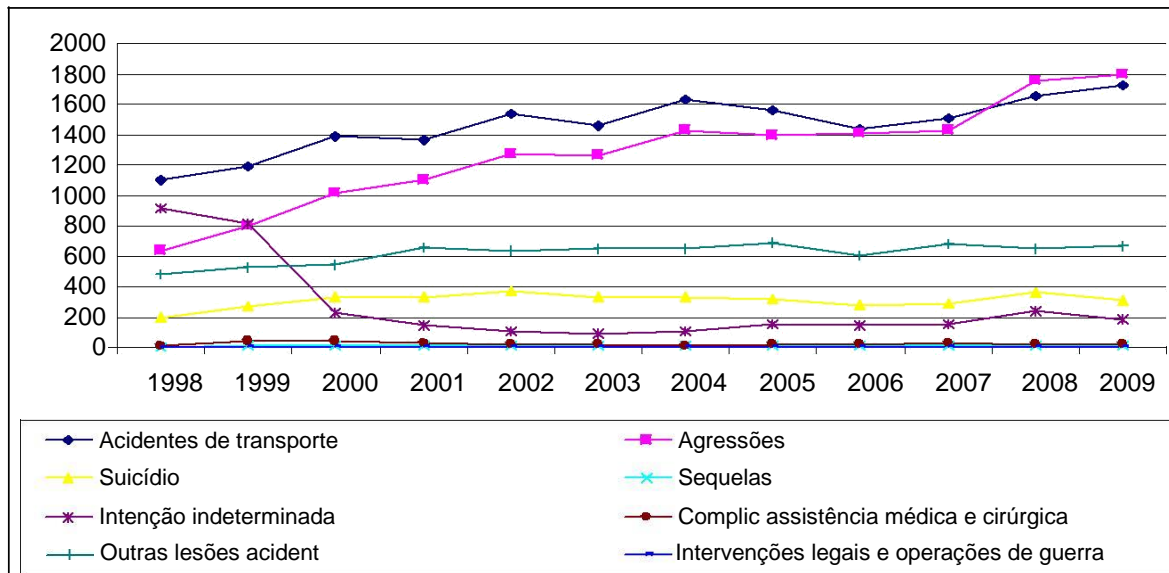


Fonte: SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
GVE-DT/SUVISA/SES-GO

Dentre as **causas externas**, a Figura 1 demonstra que, até o ano de 2007, predominavam os acidentes de transporte, contudo, a partir de 2008, as agressões (37,5%) superaram os acidentes de transporte (35,4%). A mortalidade por causas externas atinge especialmente a população masculina (83,0%) e jovem.

No Brasil, o aumento da taxa de homicídios entre jovens foi da ordem de 11% no período 1997- 2007. Em Goiás, o crescimento chegou a 154,1% no mesmo período. O aumento significativo no número de mortes por 100 mil habitantes nessa faixa etária levou Goiás da 21ª posição no ranking dos estados com maiores índices de violência, nessa população, para a 11ª posição. No sexo masculino, as agressões representam o primeiro tipo de causa de óbito com 34,9%, seguida de acidentes de transporte com 29,3%. Ao contrário, no sexo feminino os acidentes de transporte superam as agressões com 7,5% e 3,3%, respectivamente.

Gráfico 20 - Óbitos por causas externas, por ocorrência – Goiás - 1998 – 2009.



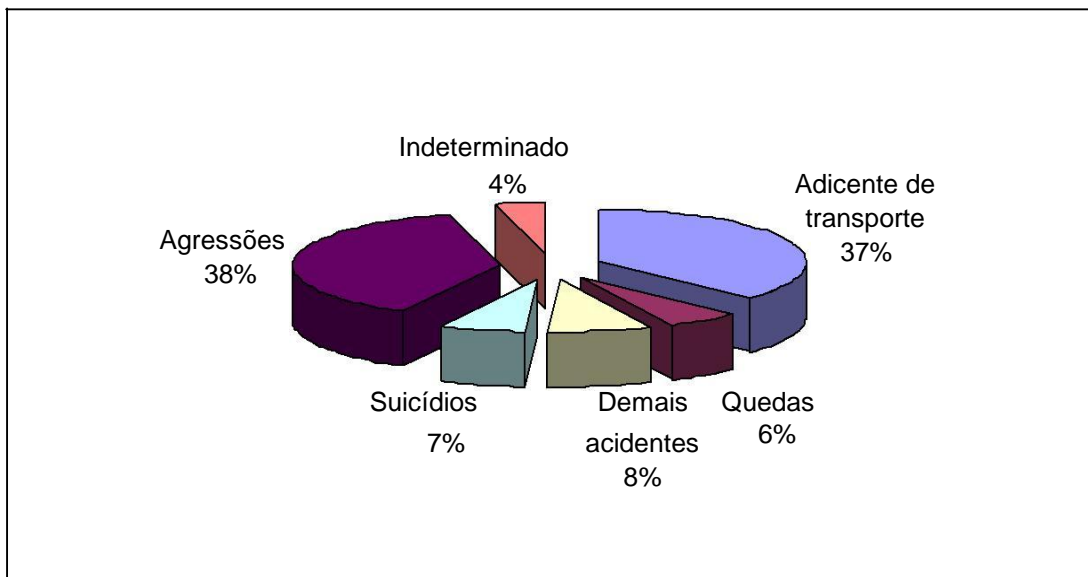
Fonte: SIM / Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Não Transmissíveis / SUVISA / SES-GO.

Tabela 10 - Mortalidade por causas externas, segundo sexo e tipo de causa – Goiás - 2009

| Tipo | Masculino | | Feminino | | Iqn | | Total | |
|--------------------------------|-------------|-----------|------------|-------------|----------|------------|-------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Acidentes de transporte | 1372 | 29,3 | 352 | 7,5 | 2 | 0 | 1726 | 36,9 |
| Quedas | 164 | 3,5 | 113 | 2,4 | - | - | 277 | 5,9 |
| Demais acidentes | 326 | 6,9 | 63 | 1,3 | 1 | 0 | 390 | 8,3 |
| Suicídios | 238 | 5 | 70 | 1,4 | - | - | 308 | 6,5 |
| Agressões | 1633 | 34,9 | 155 | 3,3 | 4 | 0,1 | 1792 | 38,3 |
| Indeterminado | 152 | 3,2 | 29 | 0,6 | 2 | 0 | 183 | 3,9 |
| TOTAL | 3885 | 83 | 782 | 16,7 | 9 | 0,2 | 4676 | 100 |

Fonte: SIM / Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Não Transmissíveis / SUVISA / SES-GO.

Gráfico 21 – Mortalidade por causas externas, por ocorrência – Goiás - 2009



Fonte: SIM / Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Não Transmissíveis / SUVISA / SES-GO.

As **neoplasias** constituem-se na terceira causa de morte em Goiás com 14,3%. O **câncer de pulmão** é o que mais mata na população masculina, 11,4% dos casos em 2009, seguido do **câncer de próstata** (10,8%), **estômago** (6,9%) e **intestino, reto e ânus** (5,4%). Na população feminina o **câncer de mama** é o que mais mata (9,9%), seguido do **câncer de pulmão** (7,6%), **colo do útero** (5,6%) e **intestino, reto e ânus** (5,3%).

Estima-se, para o ano 2012, uma média de 500 casos novos de **câncer de pulmão** em homens e 300 em mulheres e, ainda, 1320 casos novos de **câncer de mama**, com um risco estimado de 42,6 casos a cada 100 mil mulheres e 750 casos novos de **câncer de colo de útero**, com um risco estimado de 24,2 casos a cada 100 mil mulheres.

Um indicador de qualidade para prevenção do câncer de útero é medido com a razão entre exames citopatológicos do colo do útero, na faixa etária de 25 a 59 anos, e a população feminina nesta faixa etária. A meta pactuada para a realização dos exames preventivos de citologia oncótica está em torno de 18 % a 20%, mas podemos perceber que desde 2005 ela não foi atingida. Estima-se que o ideal para redução da mortalidade seja uma cobertura de 70% destes indicadores.

No caso do câncer de mama, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento por meio de mamografia realizada a cada dois anos nas mulheres de 50 a 69 anos, esse exame pode ser indicado ainda para investigações de lesões identificadas no exame clínico e nas mulheres acima de 35 anos, quando houver risco elevado para doença.

É necessário incentivar as equipes de Saúde da Atenção Básica para melhorar o rastreamento da população alvo, assegurando a prevenção precoce, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo do útero e mama, no âmbito do SUS.

Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), para o ano de 2009, a taxa de mortalidade por neoplasia (/100 mil hab.) em Goiânia foi de 14,64 e no estado de Goiás foi de 14,32. Foi registrado um total de 4.370 casos de óbitos por Neoplasia em Goiás e 1.258 casos em Goiânia neste mesmo ano. Na tabela 11, estão detalhados os tipos mais frequentes:

Tabela 11 - Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna - Goiás e Goiânia - 2009

| TIPO DE CAUSA | GOIÁS | GOIÂNIA |
|-------------------------------|-------|---------|
| Traquéia, Brônquios e Pulmões | 9,48 | 12,48 |
| Mama | 5,2 | 7,25 |
| Estômago | 4,86 | 7,33 |
| Próstata | 5,33 | 6,01 |
| Colo de Útero | 2,85 | 3,9 |
| Pele | 5,2 | 1,4 |

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

De acordo com informações dos Cadernos de Saúde – DATASUS, 2009, os percentuais relativos à mortalidade proporcional por faixa etária, segundo grupos de causas, estão assim distribuídos: 27,5% do total de óbitos foram por doenças do aparelho circulatório, com uma maior proporção nas faixas etárias 50 a 59 anos (33,4%) e 60 anos e mais (38,4%) dos óbitos totais. Em segundo lugar, aparecem as causas externas com 16,1% do total, sendo na faixa etária de 15 a 19 anos a maior proporção, 77,3%. Por último, destacam-se as neoplasias com 14,3% do total de óbitos, com as faixas etárias entre cinco a nove anos e 50 a 64 anos, com as maiores proporções 22% e 22,2%, respectivamente.

O registro de óbitos representa importante fonte de informações para avaliação do estado da saúde da população, para análise epidemiológica, planejamento e administração em saúde. Em 2011, o estado apresentou a proporção de 5,9 % do total de óbitos como causas mal definidas.

O Ministério da Saúde considera como aceitável a proporção de até 10% de óbitos por causas mal definidas em relação ao total de óbitos registrados. Entretanto, ao analisar essas informações por macrorregiões e municípios verifica-se que 90 municípios distribuídos nas 17 macrorregiões apresentaram porcentagens que estão acima do aceitável, variando de 10,27% a 50% dos óbitos registrados foram notificados como causas mal definidas. Por ordem decrescente as macrorregionais que apresentaram municípios nessas condições são: Rio Vermelho (12); Oeste I (11); Central (9); Sudoeste I (8); Nordeste (7); Centro Sul (7); Entorno Norte (6); São Patrício (6); Pirineus (5); Serra da Mesa (4); Sudoeste II (4); Estrada de Ferro (4); Oeste II (3); Norte (2); Sul (1); e Entorno Sul (1).

Essa proporção pode ser resultado da falta de infraestrutura assistencial; condições para o diagnóstico de doenças e capacitação dos profissionais médicos para preenchimento das Declarações de Óbitos (DO), afetando a análise geral de mortalidade no estado. Portanto, a avaliação da qualidade das informações sobre óbitos e a cobertura da assistência médico-hospitalar devem ser consideradas no desenho do Plano Diretor de Investimentos e na implantação de programas e ações nas diferentes regiões de saúde.

1.2 – DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

1.2.1 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

O Estado de Goiás situa-se na Região Centro-Oeste do País, ocupando uma área de 340.086 km². Sétimo estado em extensão territorial, Goiás tem posição geográfica privilegiada. Limita-se ao norte com o Estado do Tocantins, ao sul com Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, a leste com a Bahia e Minas Gerais e a oeste com o Mato Grosso. Possui 246 municípios e uma população de 6.003.788 habitantes. Além da capital, estão entre as cidades mais populosas do estado: Aparecida de Goiânia, Trindade, Anápolis, Luziânia, Águas Lindas, Valparaíso, Formosa, Rio Verde, Itumbiara,

Goiás, hoje, é responsável por 27,5% da produção gerada pela Região Centro-Oeste, de acordo com o PIB goiano de 2009. Em comparação com os estados da região, Goiás participa com 48% da indústria, 34,5% do setor agropecuário e 22,1% dos serviços.

A economia da Região Centro-Oeste é sustentada especialmente pelo setor do agronegócio, aumentando sua participação no PIB de 2008 que era de 9,2% para 9,6% em 2009. As atividades que mais contribuíram para o aumento na participação foram: agricultura, pecuária, indústria de transformação, indústria extrativa mineral, construção civil e administrações públicas (APU). Esse aumento foi obtido principalmente, pelo resultado apurado para a economia goiana, que obteve maior ganho, saiu de 2,5% para 2,6% em 2009.

O setor da agropecuária apresentou crescimento real de 6,9% em 2009. Observa-se ao longo da série a continuidade da expansão da taxa iniciada em 2007. O valor adicionado que era de R\$ 8.450 bilhões em 2008, passou para R\$ 10.593 bilhões em 2009, com incremento de R\$ 2.144 bilhões. A produção agrícola registrou variação em volume de 11,7%, devido à influência, sobretudo, do aumento na produção de cana de açúcar. Por outro lado, culturas importantes da lavoura goiana tiveram queda na produção, tais como: milho, algodão, sorgo e alho.

Goiás possui um agronegócio dinâmico que vem se consolidando nessas últimas décadas. Na produção agrícola, a diversidade de culturas, principalmente o aumento na produção da cana-de-açúcar que expandiu 34,3%, somado à instalação e ampliação de diversas indústrias de etanol e açúcar e a expansão das áreas plantadas contribuíram com o aumento do setor agrícola.

Outros cultivos da lavoura temporária contribuíram com 17,5%, com destaque para maior produção de feijão, tomate, abacaxi, e batata inglesa; cultivo de cereais 4,9%, com maior produção de cultivo de arroz; outros da lavoura permanente 4,8%, impulsionado pela expansão na produção de banana e limão.

Já a pecuária registrou crescimento de apenas 0,7%, com destaques para produção de suínos e aves.

Na balança comercial, houve aumento nas exportações da soja, carne e minério. Goiás é recordista na geração de emprego entre as unidades da federação. Também é fornecedor de produção para atender o mercado interno, o qual tem expandido muito, dado o bom momento das políticas macroeconômicas.

Nesse cenário, o PIB de Goiás atingiu o valor de R\$ 85.615 bilhões, com acréscimo de R\$ 10.344 bilhões em 2009, sendo o maior incremento desde 1995. Sua participação no PIB nacional que era de 2,5% em 2008 passou para 2,6% no ano de 2009. Esses resultados fizeram com que o Estado de Goiás se mantivesse na 9ª posição no ranking nacional.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2007, coloca o estado na 9ª posição nacional, com o índice de 0,824, estando acima da média brasileira que é de 0,816. Este índice vem aumentando desde 2005, ano em que o índice era de 0,800.

O crescimento real da economia goiana atingiu 0,9%. No resultado, quanto aos três grandes setores, a agropecuária apresentou a maior taxa (6,9%), seguida por serviços (1,3%) e indústria (-2,7%),(SEPIN/SEGPLAN; IBGE, 2011).

A taxa de analfabetismo no estado diminuiu de 10,80% em 2000 para 8,44% em 2008, porém, Goiás que ocupava o 9º lugar no ranking passou para o 14º lugar, o que significa que outros estados tiveram uma melhora significativa.

1.2.2 – CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E AMBIENTE

As migrações do campo para os centros urbanos requerem um olhar atento por parte dos formuladores de políticas públicas dos governos estadual e municipais, no que diz respeito aos cuidados com meio ambiente, garantindo à população melhores condições de vida, mediante saneamento básico, com fornecimento de água potável; coleta e tratamento de esgotamento sanitário; coleta e destino adequado do lixo; controle das águas pluviais entre outros.

Nesse aspecto, observa-se que em relação ao abastecimento de água, apenas 8,4% da população do estado, distribuídos em 4,47% dos municípios, ainda não possuem abastecimento com água potável e estão concentrados, principalmente, nas Regiões Norte e Nordeste do Estado.

Vale ressaltar que a fluoretação da água proporciona melhores condições de saúde bucal de populações que a recebem, podendo atingir a melhoria dos indicadores em cerca de 50%, resultando em uma menor quantidade de dentes cariados. Em relação ao esgotamento sanitário, mais de 95% dos municípios não dispõem dessas redes, em contrapartida, a cobertura com coleta de lixo ocorre em 95% dos municípios de forma total ou parcial e os 5% que não têm estão basicamente concentrados, também, nas Regiões Norte e Nordeste do Estado.

1.2.3 – COMPLEXO PRODUTIVO E DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

O fomento da ciência, tecnologia e inovação em saúde é incipiente na SES, apresentando-se de forma fragmentada, sem definição clara de uma unidade que coordene, articule e defina as Políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no que diz respeito a insumos

medicamentosos, equipamentos e pesquisas de forma articulada com outras áreas do governo estadual, como Indústria Química do Estado de Goiás (Iquego), Secretaria de Ciência e Tecnologia (SECTEC), Fundação de Amparo a Pesquisa de Goiás (FAPEG), Universidades, entre outros, e junto ao Ministério da Saúde.

Da mesma forma, observa-se que, historicamente, o problema da informação em saúde no Brasil é complexo. As várias alternativas atualmente disponíveis e as de uso obrigatório utilizadas pelos estados e municípios desenvolvidas pelo DATASUS/MS, resultam em dados altamente fragmentados com padrões lógicos e tecnológicos distintos, o que dificulta o planejamento, o controle, o acesso e a regulação da assistência, fazendo com que o estado invista sempre mais recursos do que o necessário.

Todos sabem que sem informação qualificada não pode haver gestão eficiente. A gestão da informação é uma importante ferramenta para os gestores do SUS, profissionais, usuários e controle social para a tomada de decisão. Não existe gestão sem informação.

A Secretaria Estadual de Saúde mantém, de forma precária, atualizações de suas bases de dados com informações de saúde adequadas para análises úteis para a investigação de problemas de saúde populacionais. Não dispõe de acesso a softwares estatísticos para o manejo de grandes bancos de dados. Dispõe de poucos profissionais qualificados no uso de softwares para análise de grandes bancos de dados e manejo dos sistemas de informação do SUS.

A estrutura de Tecnologia da Informação é precária, dificultando análises de grandes bancos de dados. A SES não dispõe de especialistas para análise de dados qualitativos e quantitativos, tendo poucos profissionais capazes de apresentar, de forma compreensível aos interessados, os resultados de pesquisa relevantes para sua tomada de decisão.

A SES não tem organizado fóruns sistemáticos de discussão entre trabalhadores, usuários, gestores e pesquisadores para apresentar e discutir resultados de pesquisas relevantes para a tomada de decisões. Também, não se tem conhecimento de que tenha financiado projetos de pesquisa, nos últimos 24 meses, sobre os problemas de saúde relevantes.

O gestor do SUS deve ter a visibilidade do sistema, saber se os recursos estão sendo aplicados de forma a garantir o atendimento da população, se os serviços estão funcionando eficazmente e se os resultados obtidos na atenção à saúde são os esperados. Como ferramenta gerencial estratégica, a informação estruturada deve assegurar essa visibilidade à gestão, verificando e identificando os problemas, suas causas e conseqüências e, também, oferecendo recomendações de aprimoramento.

Desta forma, seria correto afirmar que para a sustentação adequada das políticas públicas e da gestão em saúde é necessário introduzir na área estadual da saúde sistemas e soluções tecnológicas que: (a) integrem e padronizem todos os processos da assistência, promoção e regulação em saúde; (b) informatizem todos os processos existentes nos estabelecimentos que compõem a Rede de Assistência à Saúde, sob controle direto da esfera estadual, e; (c) disponibilizem uma base de informações/indicadores que permita formular, gerenciar, monitorar e controlar todas as atividades envolvidas na gestão da área da saúde, desde a formulação de políticas até o monitoramento do desempenho de programas, projetos e do desempenho dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), sob a ótica da eficiência e da eficácia.

Na autoavaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública, realizada em 2011, com a colaboração do CONASS, observou-se que a gestão do Sistema Único de Saúde no estado desenvolve uma agenda estadual de Pesquisa em Saúde, todavia, não é avaliado a exequibilidade e a sustentabilidade econômica das inovações em saúde pública, bem como a incorporação na perspectiva da diversidade cultural, étnica e de gênero nas pesquisas e nos programas de ciência, tecnologia e inovação inclusos na agenda.

Ocorre, também, que o cumprimento dessa agenda estadual não é avaliado, periodicamente, e quando realizado não é divulgado a todos os envolvidos, como ao Conselho Estadual de Saúde, municípios, instituições fomentadoras e para a comunidade científica e usuários do sistema de saúde.

Entretanto, a SES-GO não possui tal política, o que existem são ações isoladas de parceria com universidades para estudos de determinados assuntos, como a dengue por exemplo. Como não existe uma instância na estrutura organizacional da SES-GO com a responsabilidade de implementar esta política, as ações são dispersas e nem sempre formais.

Em relação ao desenvolvimento da capacidade institucional, provavelmente, por não estar sedimentado na SES uma estrutura capaz de conduzir esse processo, constata-se que não existe uma regulação efetiva para a incorporação de novas tecnologias focada na melhoria, implementação e modernização do sistema de saúde, após avaliação criteriosa e realização de estudos de validação tecnológica.

Culturalmente, não é incentivado a articulação das equipes técnicas ou núcleos de ciência, tecnologia e inovação em saúde com as instituições de ensino superior, de pesquisa e de fomento. Como responsável e gestora da agenda estadual de Pesquisa em Saúde, a SES não dispõe de critérios e normas para a aprovação de investigações que utilizem suas instalações e que englobem a população sob sua responsabilidade.

Critérios e normas que deveriam incluir a avaliação da relevância do tema a ser investigado do ponto de vista das prioridades estaduais, o procedimento formal que resguarde os aspectos éticos da pesquisa de acordo com a Comissão Nacional de Ensino e Pesquisa (CONEP) e outros reconhecidos internacionalmente, o mecanismo formal e transparente para canalizar fundos de pesquisa para os orçamentos das unidades sob sua responsabilidade e o mecanismo formal e transparente de fixação de honorários dos investigadores.

Isso ocorre de forma fragmentada pelas Unidades Hospitalares que por serem hospitais-escola acabam se organizando internamente para atenderem suas necessidades, instituindo suas comissões internas e definindo suas normas de acordo com a Conep.

No que diz respeito ao apoio aos municípios, também é muito frágil e algumas vezes inexistente a cooperação nessa área com os mesmos quanto a; investigação de surto epidêmico em seu território; investigação de fatores de risco para enfermidades crônicas; avaliação de efetividade de intervenções coletivas em saúde; investigação sobre organização de serviços de saúde; pesquisa em gestão de sistemas locais; e investigação de problemas de saúde relevantes para o município; no planejamento e na execução de intervenções baseadas nos resultados da investigação em saúde.

No entanto, no momento, a Secretaria está implantando o sistema ConectaSUS que será utilizado para divulgar indicadores sociosanitários dos municípios e regiões de saúde. Este será um canal útil para a divulgação de resultados de Pesquisas. A Secretaria conta também

com uma revista eletrônica – REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA – que poderá ser utilizada para a publicação dos resultados de pesquisas feitas não somente pelos técnicos de diferentes áreas da Secretaria de Estado, mas também dos municípios.

A SES, em parceria com universidades e com o apoio financeiro do Ministério da Saúde, tem promovido cursos de pós-graduação stricto e lato sensu. Estes cursos estimulam a produção de pesquisas científicas.

No entanto, isto se dá sem uma política de priorização e pertinência às necessidades do sistema de saúde em nosso estado e por ocasião destes cursos, esses profissionais participam na elaboração de projetos de pesquisa, coleta de informações e análise dos resultados. A Secretaria de Estado, porém, não tem estimulado os gestores municipais a utilizarem os resultados dessas pesquisas para melhorarem as práticas de saúde.

1.3 – ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

1.3.1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária (AP) deve ser a porta de entrada da população à rede de serviços do SUS, facilitando o acesso igualitário a todos. Os serviços oferecidos na AP devem ser resolutivos, isso significa dizer que os profissionais têm que ser qualificados e com perfil de generalista, uma vez que devem saber reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, diagnosticando e tratando de forma individual e coletivamente, buscando reconhecer os condicionantes e determinantes da saúde e da doença das pessoas da sua área de abrangência.

Starfield, 1994, e outros estudos já realizados no Brasil mostram que os serviços na AP podem resolver até 85% das necessidades da população, desde que estejam bem estruturados, com profissionais qualificados, infraestrutura adequada, com fluxos definidos e organizados entre os diferentes níveis de atenção.

No estado, existem 2.295 Unidades Básicas de Saúde, dessas 1.159 são Equipes Saúde da Família (ESF), com 8.321 Agentes Comunitários de Saúde, responsáveis por uma cobertura populacional de 61,8%, no entanto, em relação a Saúde Bucal, atualmente, estão implantadas **719 equipes no Módulo I e 109 no Módulo II, com uma cobertura populacional estimada em 47,6%**. Contudo, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, existe a possibilidade de implantação de mais 1.342 ESF para alcançar a cobertura de 100% da população com serviços de Atenção Básica, incluindo mais 6.689 Agentes Comunitários de Saúde e 1.673 Equipes de Saúde Bucal.

Nos municípios acima de 100 mil habitantes, a média de cobertura está em 47%, mas cinco deles têm cobertura abaixo de 35%. A situação apresenta-se diferenciada nos municípios menores de 20 mil habitantes, nos quais a média de cobertura é de 95%, sendo que apenas sete deles apresentam cobertura inferior a 70% (tabela 12).

Os municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Luziânia, Águas Lindas de Goiás, Rio Verde, Catalão, Novo Gama, Valparaíso de Goiás e Formosa são aqueles que concentram o maior contingente populacional do estado (90%), entretanto, são exatamente os que possuem menor cobertura populacional com Equipes Saúde da Família. Vale ressaltar que entre esses municípios estão os do Entorno do Distrito Federal, que detém os piores indicadores socioeconômicos e de saúde.

A Região Norte apresenta as maiores coberturas da população com ESF implantadas (85%). Dos 13 municípios da região, oito possuem 100% de cobertura, no entanto, a qualidade dos serviços dessas equipes não favorece a mudança do modelo assistencial, do trabalho multiprofissional, da atenção integral e hierarquizada, do caráter substitutivo do modelo tradicional.

A implantação de Equipes de Saúde Bucal deveria acompanhar a cobertura da população igualmente como das ESF, no entanto, apenas 47,58% da população têm acesso a esses serviços na Atenção Primária. Conforme os dados epidemiológicos, a cárie dental é o problema de saúde bucal mais prevalente.

Dentre os métodos coletivos de prevenção está o autocuidado de higiene bucal ou escovação dental adequada com creme dental fluoretado. O indicador responsável por verificar se esta

medida preventiva está sendo acessível à população é a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, contida no Pacto pela Saúde.

A maioria dos municípios goianos não alcançou a meta pactuada, correspondente a 3% da população com acesso à escovação supervisionada ao mês. O envolvimento das equipes da Atenção Primária dos municípios é primordial para uma efetiva vigilância em saúde bucal.

Para 2012, através do Programa Federal Brasil Sorridente, o estado será contemplado com Unidades Odontológicas Móveis (UOM), trata-se de um consultório odontológico estruturado em veículo devidamente adaptado e equipado para desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal. São 12 os municípios goianos contemplados com estas unidades móveis, sendo eles: Baliza, Nova Roma, Monte Alegre de Goiás, Campinaçu, Colinas do Sul, Novo Planalto, São João d'Aliança, Faina, Teresina de Goiás, Trombas, Niquelândia e Padre Bernardo.

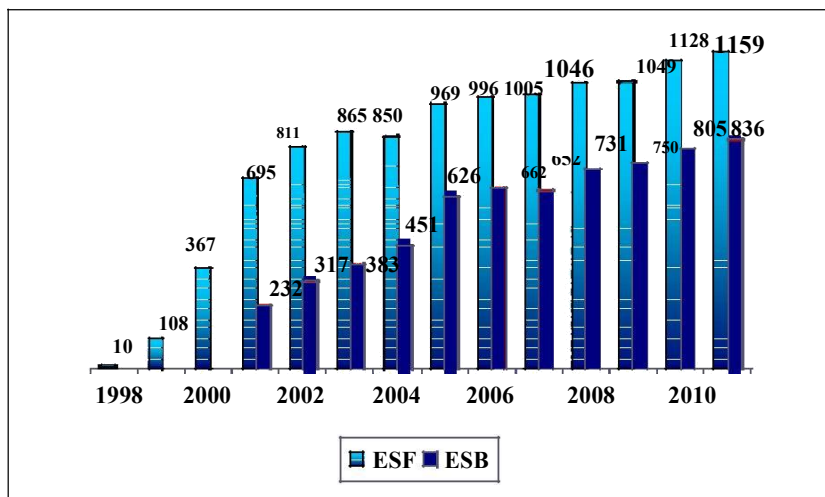
Tabela 12 - Cobertura de ACS, ESF e ESB – Goiás - 2011

| Agentes Comunitários de Saúde | | | | Incentivo Esta dual | Equipe de Saúde da Família | | | | Incentivo Estadual | Equipe de Saúde Bucal | | | Incentivo Estadual | |
|-------------------------------|--------|-------------|---------------------------------|---------------------|----------------------------|------|-------------|---------------------------------|--------------------|-----------------------|-------------|-------------|---------------------------------|-----|
| Nº de Mun. Com ACS | Teto | Implantados | Proporção de cob. Pop. estimada | ACS | Nº de Mun. Com ESF | Teto | Implantados | Proporção de cob. Pop. estimada | ESF | Nº de Mun. Com ESB | Implantadas | Implantadas | Proporção de Cob. Pop. estimada | ESB |
| 246 | 15.010 | 8.321 | 68,74 | | 244 | 2501 | 1.159 | 61,79 | | 243 | 719 | 109 | 47,58 | |

Fonte:MS/DAB, SES-GO.

A série histórica apresentada no gráfico abaixo demonstra um grande avanço em relação à Saúde Bucal, porém, ainda não atingiu a proporção de uma ESB para cada equipe da ESF.

Gráfico 22 – Série histórica demonstrando o grande avanço de ESB em proporção às ESF – Goiás - 1998-2010



Fonte: SIAB

Mesmo com o avanço do número de ESF e maioria, continuam a atender no modelo

ESB, as equipes existentes, na sua grande tradicional, centrado no consultório e nos

procedimentos individuais curativos. A **promoção, prevenção e principalmente a educação em saúde**, considerando as realidades locais e interação com os outros setores e outras instituições, são ainda incipientes. As normas e diretrizes da Atenção Primária em Saúde requerem qualificação e perfil profissional que propicie o trabalho em equipes.

Como fatores dificultadores para o desempenho das equipes, encontram-se: (a) a alta rotatividade dos profissionais, provavelmente pela precarização do vínculo empregatício; (b) o não cumprimento da carga horária preconizada; (c) a dificuldade de os profissionais desenvolverem ações interdisciplinares e interinstitucionais voltadas à integralidade do atendimento, situação essa agravada pela dificuldade de os gestores municipais lidarem com as novas políticas na área de saúde que propõem a mudança do modelo assistencial curativista, centrado no médico, para um modelo de assistência organizado em redes de assistência, onde as UBS representam a porta de entrada de todos os cidadãos, que deve ser resolutiva, dando acesso à população aos demais níveis de assistência de acordo com as necessidades de cada indivíduo; (d) unidades com instalações e equipamentos inadequados; (e) má utilização dos recursos repassados; (f) a falta de referências para especialidades ambulatoriais, e; (g) a não institucionalização do monitoramento e avaliação.

Para apoiar a inserção das Equipes Saúde da Família na rede de serviços, foram implantados 53 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e, em saúde bucal, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (Lrpd). Nos CEOs são realizados os procedimentos especializados de média complexidade, tais como: endodontia, periodontia, cirurgias bucais, diagnóstico de lesões, próteses e atendimento ao portador de necessidades especiais e nos laboratórios são confeccionadas as diversas próteses bucais. Além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, ampliam a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde. Entretanto, essas, também, enfrentam grande parte dos problemas encontrados pelas Equipes de Saúde Básica.

Há muitos anos, acumulam-se evidências de que sistemas orientados pelos princípios da APS alcançam melhores resultados, maior satisfação dos usuários, maior equidade e menores custos (Starfield, 1994; Berman, 2000).

É no primeiro nível de atenção, constituído de equipes multiprofissionais, que os programas devem ser implantados, cobrindo toda a população adscrita em suas necessidades de saúde, deixando de serem programas segmentados, verticalizados e centrados na doença para se tornarem programas estruturados em redes a partir da Atenção Primária até o nível terciário, se assim for necessário. Dentre esses, estão: (a) Rede de Atenção à Saúde da Mulher, contemplando as necessidades de acordo com cada fase da sua vida (assistência ao ciclo gravídico puerperal; pré-natal, parto, puerpério, assistência ao abortamento, mortalidade materna; assistência à concepção e anticoncepção; prevenção, detecção precoce e garantia de referência ao tratamento do câncer de colo do útero e do câncer de mama; assistência ao climatério; assistência às doenças ginecológicas prevalentes e assistência à mulher vítima de violência); (b) Saúde da Criança; (c) Saúde do Adolescente; (d) Saúde do Homem; (e) Saúde da Pessoa com Deficiência, e; (f) Saúde do Idoso.

A organização de redes de atenção integradas e regionalizadas permeia toda a formulação do arcabouço constitucional do SUS, tanto nas proposições para organização do sistema de saúde como nas instâncias de gestão intergovernamentais que ampliaram as relações e vínculos entre os três entes federados na implantação das políticas de saúde. Esse processo, além de ampliar a descentralização dos serviços, estabelece mecanismos e fluxos de

referência e contrarreferência intermunicipais que garantem o acesso dos cidadãos aos serviços, de acordo com suas necessidades, o mais próximo possível do seu local de residência.

Na Seção II do Decreto 7.508/2011, da Presidência da República, que trata da hierarquização dos serviços de Saúde, no Art. 8º diz que o acesso universal, igualitário e ordenado de atenção à saúde da população deve ser iniciado pelas Portas de Entrada do SUS e completada na rede regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade do serviço. São consideradas Portas de Entrada: A Atenção Primária; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial e especiais de acesso aberto.

Em Goiás, estão sendo discutidas e planejadas, conjuntamente com os municípios, as seguintes Redes: Psicossocial; da Pessoa com Deficiência e a Mamãe Goiana (pré-natal; parto; puerpério e assistência ao recém nascido).

Ainda, é na Atenção Primária que se deve planejar e implantar o quadro de ações transversais, organizando os serviços de saúde de forma a garantir a integralidade do cuidado em todos os ciclos de vida. Como exemplo, temos: a vigilância em saúde, o controle das doenças transmissíveis (DSTs/Aids, hanseníase, tuberculose) e não transmissíveis (diabetes, hipertensão, saúde mental e saúde bucal), entre outras.

Contudo, a fragilidade das Regionais de Saúde (estrutura e de recursos humanos) e das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) apresenta-se como um problema para que o estado possa exercer uma de suas funções precípuas de gestão do Sistema, que é a cooperação com os municípios na implantação das políticas; na organização e estruturação dos serviços de saúde; no planejamento; no monitoramento e avaliação.

1.3.2 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Os Serviços de Média e Alta Complexidade têm como características a tecnologia e o alto custo, visando proporcionar à população o acesso a serviços qualificados. Em Goiás, esses serviços estão basicamente centralizados na Macrorregião Centro-Oeste, mais especificamente no município de Goiânia. Dentre esses, estão os hospitais públicos de referência estadual para Urgência e Emergência; Materno-infantil de alto risco; Doenças infecciosas; e de Especialidades, todos sobre a gestão da SES, com um custo efetivo muito alto devido o engessamento administrativo, levando prejuízos e riscos aos usuários e o colapso do sistema. Razão pela qual no Plano de Governo (2011-2014) surgem as propostas de transferência da gestão para Organizações Sociais de Saúde, resguardando os direitos dos servidores e buscando melhorias na assistência aos usuários do SUS. Muitos desses contratos se encontram em execução a partir de abril de 2012, a exemplo: Centro de Reabilitação e Readequação (CRER - Goiânia), 2002; Hospital de Urgências de Anápolis (HUANA), 2005; e do Hospital de Urgências da Região Sudoeste (HURSO - Santa Helena), 2010; que vem gerindo Unidades hospitalares do estado com muita competência e satisfação por parte dos usuários.

Segundo dados registrados no DATASUS/MS, o número de internações hospitalares no estado foi: 362.648 (2008), 363.813 (2009), 371.616 (2010), 350.889 (2011), com um

aumento nos custos de 2010 para 2011 de 7,8% no valor total, neste último ano, de R\$ 327.473.458,31. Em 2010, das internações ocorridas no estado, a Macrorregião Centro-Oeste apresentou a maior taxa, de 83,35% para cada 1000 habitantes, enquanto a Macrorregião Nordeste a menor, de 45,39/1000 habitantes.

Observam-se grandes lacunas/vazios de serviços de média e alta complexidade em algumas Macrorregiões que se encontram completamente desassistidas como na Macrorregião Nordeste. A mesma apresenta a maior taxa bruta de natalidade do estado, conseqüentemente maior incidência de gestantes de alto risco, com maior número de mortes maternas. No entanto, a cobertura com leitos obstétricos está muito aquém dos parâmetros estabelecidos pelo MS (0,28 leitos por 1.000). Em relação a leitos de UTI adulto em hospital que realiza parto, ainda é mais crítico, pois não existem. Quanto a UTI Neonatal, ocorre uma ausência total nas Regiões, Nordeste, Sudeste e Sudoeste.

Em relação ao número de leitos de UTI, existe no estado um déficit de 102 leitos. Atualmente, estão disponíveis 335 leitos de UTI adulto, 73 pediátricos e 90 neonatais. Segundo a Portaria GM/MS nº 1.101/2002, para cobertura da população do estado são necessários 600 leitos de UTI, sendo 380 adultos, 136 pediátricos, 84 neonatais.

Tabela 13 - Necessidade conforme parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/2002

| UTI | NECESSIDADE | ATUAL | DÉFICIT |
|--------------|-------------|------------|------------|
| Adulto | 380 | 335 | 45 |
| Pediátrico | 136 | 73 | 63 |
| Neonatal | 84 | 90 | -6 |
| Total | 600 | 498 | 102 |

Fonte: base de dados da Coordenação de Controle e Avaliação/GR/SCATS

Para o serviço de **tomografia computadorizada**, constata-se que há uma cobertura satisfatória no estado, porém, o quantitativo disponível para o SUS corresponde a 83% do existente, conforme demonstra o quadro abaixo. A análise entre o número de equipamentos existentes e o parâmetro estabelecido pela Portaria GM MS 1102/02 (usado em todos os quadros), evidencia que na Macrorregião Nordeste a oferta está aquém da necessidade.

Ao se comparar os dados atuais com os do último Plano Estadual de Saúde (CNES, 2007), houve um aumento de 25 aparelhos instalados no estado, que merece uma reflexão no que diz respeito a parâmetros quando da aprovação para a habilitação desse serviço no SUS.

Tabela 14 - Demonstrativo da distribuição de equipamentos de tomografia computadorizada – Goiás – 2011

| Macrorregião | População | Nº equipamentos necessários (1/100.000hab) | Tomógrafo | | |
|----------------|------------------|--|-----------|-----------|-----------|
| | | | Existente | Em uso | SUS |
| Centro - Oeste | 2.820.301 | 28 | 55 | 28 | 28 |
| Nordeste | 1.092.945 | 11 | 4 | 2 | 2 |
| Centro Norte | 1.023.991 | 10 | 6 | 4 | 4 |
| Sudoeste | 573.772 | 5 | 9 | 8 | 7 |
| Sudeste | 493.036 | 5 | 8 | 5 | 5 |
| TOTAL | 6.004.045 | 59 | 82 | 47 | 49 |

Fonte: CNES/2011

Em relação aos serviços de **ressonância nuclear magnética**, o parâmetro de cobertura populacional utilizado para este equipamento é de 1/500.000 habitantes. Embora tenha havido um incremento de nove aparelhos nos últimos anos, ainda assim se observa maior concentração na Macrorregião Centro-Oeste, principalmente na capital. Essa centralização já havia sido constatada no Plano Estadual anterior (2008/2011), não havendo alterações dessa situação até o presente momento. A necessidade de uma redistribuição adequada da oferta permanece para melhoria do atendimento à demanda por este serviço, evitando deslocamentos desnecessários por parte dos usuários.

Tabela 15 - Demonstrativo da distribuição de equipamentos de ressonância nuclear magnética - Goiás - 2011

| Macrorregião | População | Nº equipamentos necessários (1/500.000 hab) | Ressonância Magnética | | |
|----------------|------------------|---|-----------------------|----------|-----------|
| | | | Existente | Em uso | SUS |
| Centro - Oeste | 2.820.301 | 6 | 18 | 6 | 6 |
| Nordeste | 1.092.945 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Centro Norte | 1.023.991 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Sudoeste | 573.772 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Sudeste | 493.036 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 6.004.045 | 12 | 21 | 8 | 14 |

Fonte: CNES/2011

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes, 2011), no Estado de Goiás o número de serviços de **terapia renal substitutiva** em funcionamento atende aos parâmetros de cobertura estabelecidos pelo Ministério da Saúde em todas as macrorregiões. Entretanto, ao se analisar o número de equipamentos disponibilizados para pacientes do SUS, a oferta na maioria das macrorregiões está muito aquém da real necessidade, inclusive na Macrorregião Centro-Oeste, onde apenas 13 aparelhos são disponibilizados para SUS dos 263 existentes. Utilizando o parâmetro de um equipamento para 15.000 habitantes, o existente no estado seria suficiente para atender 100% da população e de forma equânime em todas as macrorregiões, para tanto, esses serviços

deverão ser contratualizados com a rede privada e pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) por região, com o objetivo de atender às reais necessidades da população.

Tabela 16 - Demonstrativo da distribuição de serviço de terapia renal substitutiva - Goiás – 2011

| Macroregião | População | Nº equipamentos necessários (1/15.000hab) | Equipamento p/ hemodiálise | | |
|--------------|------------------|---|----------------------------|------------|-----------|
| | | | Existente | Em uso | SUS |
| Centro-Oeste | 2.820.301 | 188 | 263 | 258 | 13 |
| Nordeste | 1.092.945 | 73 | 78 | 78 | 4 |
| Centro Norte | 1.023.991 | 68 | 94 | 73 | 5 |
| Sudoeste | 573.772 | 38 | 51 | 51 | 2 |
| Sudeste | 493.036 | 32 | 45 | 45 | 2 |
| TOTAL | 6.004.045 | 399 | 531 | 505 | 26 |

Fonte: CNES/2011

Em relação aos serviços de **densitometria óssea**, pelos dados informados (Cnes, 2011) observa-se que o número de equipamentos existentes atende aos parâmetros de cobertura estabelecidos pelo Ministério da Saúde, entretanto, há uma carência da oferta deste serviço pelo SUS em todas as macrorregiões do estado: o déficit é de 27 aparelhos, conforme parâmetro de 1/140.000 habitantes, alertando que dos 42 existentes apenas 15 estão à disposição do SUS, o que exige por parte do gestor estadual um maior empenho para contratualização desse serviço.

De acordo com os dados informados no último Plano Estadual de Saúde (CNES, 2007), houve um aumento de seis aparelhos pelo SUS entre o período de 2008 a 2011.

Tabela 17 - Demonstrativo da distribuição de serviço de densitometria óssea – Goiás – 2011

| Macrorregião | População | Nº equipamentos necessários (1/140.000 hab) | Densitometria Óssea | | |
|---------------|------------------|---|---------------------|-----------|-----------|
| | | | Existente | Em uso | SUS |
| Centro -Oeste | 2.820.301 | 20 | 28 | 8 | 8 |
| Nordeste | 1.092.945 | 8 | 3 | 1 | 1 |
| Centro Norte | 1.023.991 | 7 | 4 | 2 | 3 |
| Sudoeste | 573.772 | 4 | 5 | 1 | 1 |
| Sudeste | 493.036 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| TOTAL | 6.004.045 | 42 | 42 | 14 | 15 |

Fonte: CNES/2011

* Parâmetros preconizados pela Portaria GM MS/1101/02

Obs: Dados de serviços instalados no Município de Goiânia não foram informados.

De todos os serviços de apoio ao diagnóstico de média complexidade analisados, o de mamografia simples é o único que apresenta uma adequada distribuição em todo o Estado de Goiás. Do total de serviços existentes, 56% estão disponíveis para o SUS, oferecendo cobertura a toda a população do estado, ultrapassando o que preconiza a Portaria GM MS/1101/02, que é de um aparelho para 240.000 habitantes, havendo um excedente de 47.

Em relação aos serviços de **mamografia com estereotaxia**, o número de equipamentos em funcionamento atende aos parâmetros de cobertura estabelecidos pelo Ministério da Saúde, entretanto, não há uma distribuição uniforme entre as macrorregiões. Ao se analisar o número de equipamentos em uso pelo SUS, constata-se que a capacidade instalada do serviço apresenta deficiências em sua oferta na maioria das macrorregiões, com exceção da Macrorregião Sudeste. A cobertura deste serviço pelo SUS em todo o Estado está aquém do parâmetro de 1/240.000 habitantes, apresentando déficit de 12 equipamentos, conforme tabela 18, a seguir. De acordo com os dados informados no último Plano Estadual de Saúde, houve um aumento de 5 aparelhos disponíveis para o SUS.

Tabela 18 - Demonstrativo da distribuição de serviço de mamografia simples e com estereotaxia - Goiás – 2011

| Macrorregião | População | Equip. Necess. (1/240.000 hab) | Mamógrafo Simples | | Mamógrafo com Estereotaxia | |
|--------------|------------------|--------------------------------|-------------------|-----------|----------------------------|-----------|
| | | | Existente | SUS | Existente | SUS |
| Centro-Oeste | 2.820.301 | 12 | 77 | 43 | 173 | 5 |
| Nordeste | 1.092.945 | 5 | 15 | 11 | 22 | 3 |
| Centro Norte | 1.023.991 | 4 | 17 | 12 | 46 | 2 |
| Sudoeste | 573.772 | 2 | 10 | 3 | 25 | 1 |
| Sudeste | 493.036 | 2 | 8 | 3 | 28 | 2 |
| TOTAL | 6.004.045 | 25 | 127 | 72 | 294 | 13 |

Fonte: Cnes/2011

Para o serviço de **ultrassonografia**, a análise entre o número de equipamentos existentes e o parâmetro estabelecido pela Portaria GM MS/1.101/02, demonstra os seguintes resultados para o Estado de Goiás:

Para o serviço de ultrassom convencional, a cobertura é de 54% da população, com um déficit identificado de 109 equipamentos;

Para o serviço de ultrassom ecógrafo, a cobertura é de 62% da população, com um déficit identificado de 89 equipamentos;

Para o serviço de ultrassom doppler colorido, a cobertura é de 48% da população, com um déficit identificado de 124 equipamentos;

Na tabela 19, está discriminada a distribuição dos equipamentos nas macrorregiões do estado, onde se observa não haver uma uniformidade na disponibilidade destes serviços entre elas, exigindo assim um estudo mais aprofundado para a elaboração de um plano de investimento para posterior aquisição ou contratualização desse serviço.

Tabela 19 - Demonstrativo da distribuição de equipamento para ultrassonografia - Goiás – 2011

| Macroregião | População | Equip. Neces. (1/25.000 hab) | Ultrassom Convencional | | Ultrassom Ecógrafo | | Ultrassom Doppler Colorido | |
|--------------|------------------|---------------------------------|------------------------|------------|--------------------|------------|----------------------------|------------|
| | | | Existente | SUS | Existente | SUS | Existente | SUS |
| Centro-Oeste | 2.820.301 | 112 | 130 | 67 | 173 | 90 | 193 | 64 |
| Nordeste | 1.092.945 | 43 | 16 | 8 | 22 | 9 | 25 | 10 |
| Centro Norte | 1.023.991 | 41 | 40 | 26 | 46 | 26 | 40 | 22 |
| Sudoeste | 573.772 | 23 | 27 | 17 | 25 | 11 | 30 | 13 |
| Sudeste | 493.036 | 20 | 29 | 13 | 28 | 15 | 19 | 7 |
| TOTAL | 6.004.045 | 240 | 242 | 131 | 294 | 151 | 307 | 116 |

Fonte: CNES/2011
Parâmetros preconizados pela Portaria GM MS/1101/02

Para o serviço de **Raio X**, a análise entre o número de equipamentos existentes e o parâmetro estabelecido pela Portaria GM MS/1101/02, demonstra os seguintes resultados para o Estado de Goiás:

Para o serviço de Raio X até 100 mA, a cobertura é de 71% da população, com um déficit identificado de 69 equipamentos;

Para o serviço de Raio X de 100 até 500 mA, a cobertura é de 113% da população, com um excedente identificado de 24 equipamentos;

Para o serviço de Raio X acima de 500 mA, a cobertura é de 20% da população, com um déficit identificado de 191 equipamentos;

Para o serviço de Raio X Odontológico, a cobertura é de 70% da população, com um déficit identificado de 72 equipamentos.

No Quadro abaixo, está discriminada a distribuição dos equipamentos nas macro-regiões do Estado e observa-se não haver uma uniformidade na disponibilidade destes serviços entre elas, exigindo assim um estudo mais aprofundado para a elaboração de um plano de investimento para posterior compra ou contratualização desse serviço.

Tabela 20 - Demonstrativo da distribuição de equipamento para Raio X - Goiás – 2011

| Macroregião | Equip./ Hab | Equip. Neces. (1/25.000 hab) | Raio X até 100mA | | Raio X de 100 a 500mA | | Raio X acima de 500mA | | Raio X Odontológico | |
|--------------|------------------|---------------------------------|------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|-----------|---------------------|------------|
| | | | Existente | SUS | Existente | SUS | Existente | SUS | Existente | SUS |
| Centro-Oeste | 2.820.301 | 112 | 155 | 85 | 215 | 134 | 88 | 32 | 711 | 55 |
| Nordeste | 1.092.945 | 43 | 13 | 10 | 46 | 34 | 5 | 1 | 66 | 24 |
| Centro Norte | 1.023.991 | 41 | 52 | 32 | 110 | 55 | 16 | 7 | 117 | 29 |
| Sudoeste | 573.772 | 23 | 50 | 22 | 30 | 14 | 9 | 4 | 195 | 35 |
| Sudeste | 493.036 | 20 | 38 | 22 | 34 | 22 | 8 | 5 | 156 | 25 |
| TOTAL | 6.004.045 | 240 | 308 | 171 | 435 | 264 | 126 | 49 | 1245 | 168 |

Fonte: CNES/2011

Dentro da Rede de Atenção em Saúde Bucal na Assistência Hospitalar, destacamos o serviço de atendimento a pacientes especiais que necessitam de atendimento em ambiente hospitalar sob anestesia geral ou sedação. No Estado de Goiás, apenas Goiânia, Trindade e Itumbiara possuem esse atendimento pelo SUS, necessitando sua ampliação para melhoria do acesso.

Dentro da Assistência Hospitalar, no Hospital Geral de Goiânia (HGG) e no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), são realizados outros procedimentos cirúrgicos complexos, como traumatologia, cirurgias bucomaxilofacial e cirurgias para correção de anomalias faciais. O atendimento à traumatologia bucal e alguns procedimentos em cirurgia bucomaxilofacial precisam ser descentralizados, atualmente, ele só é ofertado no Município de Goiânia.

Existe uma concentração de serviços de Média e Alta Complexidade em poucos municípios, especialmente em Goiânia, levando a população, muitas vezes, a recorrer à capital para atender as suas necessidades na área de saúde, necessitando, portanto, da definição e a pactuação de redes de atenção integradas para as diferentes regiões do estado.

Para a pactuação das Redes de Atenção, a SES vem desenvolvendo o Mapa da Saúde, propiciando subsídios à Gestão do SUS na identificação de vazios assistenciais e apontando as regiões que necessitam de maior investimento.

1.3.3 - TRANSPLANTES

Em 2011, a Central de Transplantes de Goiás realizou 974 transplantes, perfazendo um aumento de 83% em relação ao ano de 2010, com 530 transplantes realizados. Destes 974, 836 de córnea; 96 de rim; 42 de Medula Óssea. Até março de 2012, constam na lista 1.705 pessoas de espera por transplantes.

O estado encontra-se em situação intermediária quanto aos índices de transplantes, em relação aos demais estados da federação. Entre as principais dificuldades, que precisam ser superadas pela gestão do SUS, está a sensibilização da rede pública e privada de hospitais para a qualificação e comprometimento dos profissionais de saúde na implantação e/ou implementação de ações voltadas a maior captação de órgãos e a realização de campanhas contínuas para a população sobre os aspectos legais e humanos na doação de órgãos para transplantes.

Em relação à localização da Central de Transplantes na estrutura da SES, em 2011, ela passou a ter mais evidência, recebendo o status de gerência, dentro da Superintendência de Gerenciamento das Unidades de Saúde (SUNAS).

1.3.4 - ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Em relação aos Serviços de Urgência e Emergência, o Estado de Goiás conta atualmente com os componentes pré-hospitalares fixos, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), sendo que 100% do estado encontram-se cobertos pelo SAMU, com 12 Centrais de Regulação Médica de Urgência, 72 Bases Descentralizadas, 30 Unidades de Suporte Avançado (USA), 110 Unidades de Suporte Básico (USB) e 27 motolâncias.

Foram habilitadas 24 UPAs, sendo que apenas três estão em funcionamento, no município de Formosa – UPA tipo I e Rio Verde – UPA tipo I e Caldas Novas – UPA tipo II. Há a previsão de inauguração das unidades de Anápolis (UPA tipo II) e Senador Canedo (UPA tipo II). Em fase de instalação de equipamentos: Goianésia – UPA tipo I, Aparecida de Goiânia – UPA tipo III, Ceres – UPA tipo II. Em construção: Cidade de Goiás – UPA tipo I, Iporá – UPA tipo I, Goiânia (Jardim Itaipu) – UPA tipo III, Cristalina – UPA tipo I, Planaltina – UPA tipo I e Pirenópolis UPA tipo I.

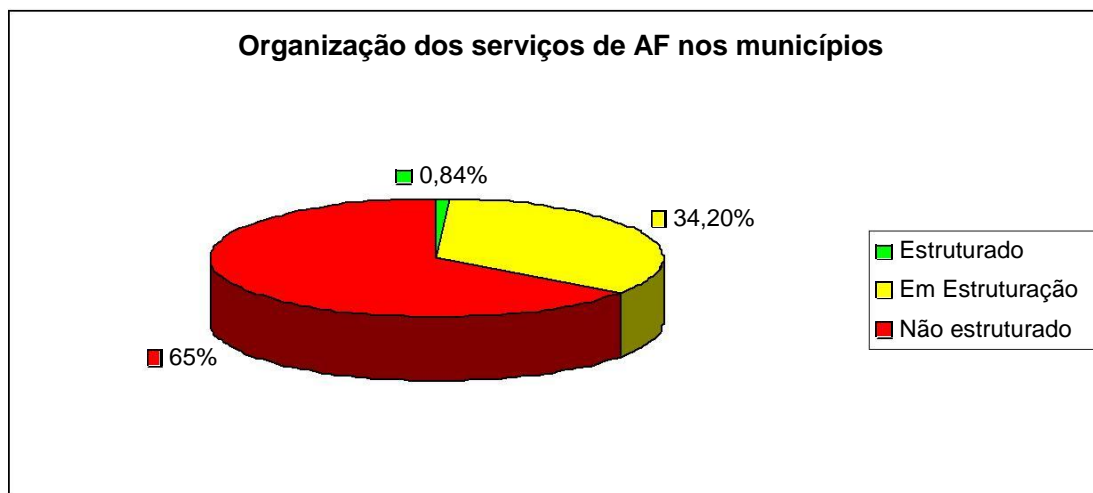
Esses serviços em conjunto compõem uma rede organizada de atenção às urgências, com pactos e fluxos previamente definidos, rede referenciada, o que possibilita a continuidade do atendimento aos usuários do SUS, reduzindo o número de óbitos, tempo de internação em hospitais e as sequelas pela falta de socorro precoce.

1.3.5 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Política de Assistência Farmacêutica Integrada para Goiás define como responsabilidade do gestor estadual organizar os serviços de assistência farmacêutica no estado, de forma integrada, hierarquizada, de acordo com as ações desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção à saúde, maximizando recursos, minimizando perdas, promovendo o uso racional de medicamentos, investindo no desenvolvimento de recursos humanos e na infra-estrutura para a gestão descentralizada dessa área, visando também fortalecer as Regionais de Saúde como instância de apoio para a Assistência Farmacêutica aos municípios.

A fim de avaliar a estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios, em 2011, foi aplicado um questionário elaborado com enfoques qualitativos e quantitativos a respeito da estrutura, organização e funcionamento. Dos 246 municípios apenas 0,84% estão com os serviços estruturados, 34,2% em estruturação e 65% não estruturados (Gráfico 23).

Gráfico 23 – Organização dos serviços da Assistência Farmacêutica nos municípios – Goiás - 2011



Fonte: SIGMATE

No âmbito do SUS, de acordo com a Portaria GM/MS 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007), as ações em saúde estão alocadas na forma de blocos de financiamento específicos de acordo com os seus objetivos e características. No campo da Assistência Farmacêutica, as ações estão definidas no quarto bloco que se divide em três Componentes: Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado.

O Componente Básico envolve um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. Seu financiamento e execução encontram-se normatizados por portarias e resoluções CIB.

No Estado, a partir de 2008, houve a descentralização do repasse da contrapartida estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. A contrapartida estadual referente a 2010, pactuada por meio da Resolução CIB nº 087, foi de R\$1,50 habitante/ano em repasses aos fundos municipais de saúde e R\$0,50 em medicamentos produzidos pela IQUEGO.

Em 2011, a contrapartida estadual no valor de R \$ 2,00 habitante/ano, pactuada por meio da Resolução CIB nº068, de 19/05/2011 e alterada pela Resolução CIB nº 191, de 17/11/2011, com repasses aos fundos municipais de saúde. A morosidade nos processos de aquisição por parte da SES-GO e a falta de acordo dos preços praticados pela IQUEGO (Laboratório Oficial do Estado) levaram à alteração da pactuação do repasse da contrapartida estadual de medicamentos para verba fundo a fundo, proporcionando aos municípios maior organização quanto a programação e aquisição.

Ainda, em 2008, foi discutido e pactuado o financiamento da contrapartida estadual para os insumos complementares destinados aos usuários insulíndependentes. O valor fixado para esse componente foi de R\$1,00 habitante/ano, repassados aos fundos municipais de saúde, em conta distinta para este fim, conforme legislação vigente. Foram realizadas quatro oficinas para orientação aos municípios de como proceder a organização deste serviço aos usuários, porém, existe uma dificuldade em avaliar o impacto das capacitações junto aos municípios bem como a aplicação dos recursos.

Em relação aos **medicamentos básicos** destinados aos portadores de transtornos mentais, a partir de 2008, a Portaria GM nº. 3.237, de 24 de dezembro de 2007, que regulamentava o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, estabeleceu que os valores da parte fixa e da parte variável para a área Saúde Mental passariam a compor o valor único de financiamento deste Componente, sendo que os medicamentos passariam a ser adquiridos pelos municípios, revogando a Portaria 1.077, de 24 de agosto de 1999.

Entretanto, com os saldos de recursos existentes no Fundo Estadual de Saúde para aquisição de insumos farmacêuticos na área de saúde mental, no período de 2008 a 2011 foram repassados aos municípios os quantitativos abaixo.

Quadro 1 – Distribuição de medicamentos para a Saúde Mental – Goiás - 2008-2011

| ANO | Nº DE UNIDADES FARMACÊUTICAS | VALOR EM R\$ |
|--------------|------------------------------|-------------------------|
| 2008 | 3.058.127 | R\$ 414.841,53 |
| 2009 | 4.083.080 | R\$ 346.428,93 |
| 2010 | 1.605.410 | R\$ 137.934,56 |
| 2011 | 1.660.328 | R\$ 116.544,84 |
| Total | 10.406.945 | R\$ 1.015.749,86 |

Fonte: SIGMATE

O Componente Estratégico da assistência farmacêutica na área dos programas estratégicos está voltado ao tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados com protocolos e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS). Envolve a distribuição de medicamentos adquiridos pelo MS para as áreas de tuberculose, hanseníase, HIV-Aids, endemias focais (malária, leishmaniose, meningite, tracoma, esquistossomose, chagas, influenza). Em 2011, a SES-GO aderiu ao Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS), disponibilizado pelo MS, iniciando a implantação pelo Componente Estratégico.

Quanto ao Componente Especializado, em 1º de março de 2010, o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (DAF/MS), por meio da Portaria nº 2.981 do GM/MS, de 26 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009), substituiu o antigo Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional para estabelecer o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

O DAF/MS objetivou construir um Componente que permitisse garantir, no âmbito do SUS, a integralidade do tratamento medicamentoso na forma de linhas de cuidado para os agravos, fortalecendo a importância da revisão constante dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), como uma forma de possibilitar a prescrição e uso racional dos medicamentos.

Um dos pontos de estrangulamento da Assistência Farmacêutica na SES, que vem ao longo dos anos dificultando a implantação efetiva da sua política, é a fragmentação da gestão dos seus componentes em diferentes superintendências, com grandes prejuízos ao setor. Ao mesmo tempo, o Componente Especializado que deveria estar descentralizado de forma

regionalizada, possui uma única unidade dispensadora. De 2008 a 2011, houve um crescimento de 54,4% no número de pacientes autorizados para dispensação de medicamentos do Componente Especializado no estado, entretanto, na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES) a execução do mesmo está centralizada na Central de Medicamentos de Alto Custo (CMAC) Juarez Barbosa. Fato este que desencadeou, nos últimos anos, dificuldades na organização da estrutura física, bem como em todas as etapas da execução do Programa do CEAF.

No mesmo período (2008 a 2011), o MS centralizou a aquisição de 21 medicamentos, os quais não são mais cofinanciados por Autorização de Procedimentos de Alto Custo (Apac), porém, devido ao aumento no número de pacientes (54,4%) que demandam esses insumos, o gasto do estado, em três anos, passou de R\$ 4.695.573,00 para R\$ 13.440.489,44 (186%).

A fim de melhorar o acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), foi proposta a descentralização da execução do Programa às Regionais de Saúde. Em 2006, a SES iniciou a discussão sobre a necessidade de descentralização, efetivada cinco anos, após 2011, na Regional de Pirineus, para abertura de processos, avaliação, autorização e dispensação dos medicamentos.

É crescente o aumento de ações judiciais para medicamentos do Componente Especializado, onde os pacientes não se enquadram nos critérios apresentados na Portaria GM/MS 2.981 e suas atualizações, bem como nos protocolos. De 2008 a 2011, o número de demandas judiciais cresceu em 65,8%, gerando um gasto de R\$ 8.610.744,27 aos cofres do Tesouro Estadual.

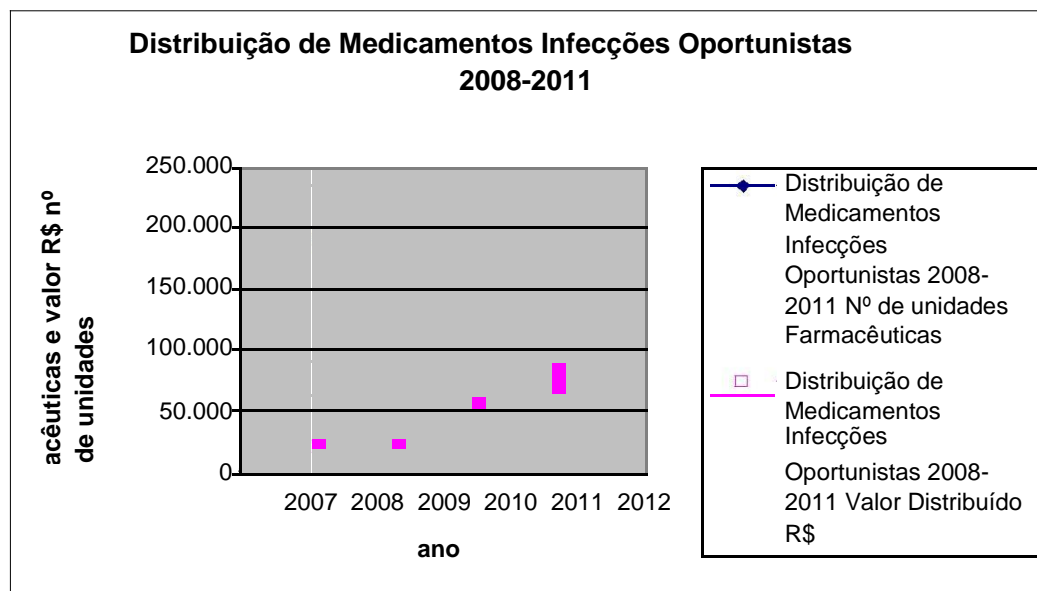
Além dos medicamentos contemplados nos componentes descritos acima, a SES é responsável pelo fornecimento de medicamentos destinados a população carcerária, às pessoas vivendo com HIV/Aids com intercorrência de infecções oportunistas, aos radioacidentados e ainda o atendimento de demandas judiciais.

Quanto aos medicamentos para o Sistema Prisional, foi assinado um termo um Termo de Mútua Cooperação entre a SES e a Secretaria de Estado da Justiça e um primeiro aditivo, com término previsto para 19/12/2011. Estabeleceu-se que é de competência da SES-GO o fornecimento de medicamentos ao Sistema Penitenciário. Em 2011, iniciou-se a distribuição para a Agência Prisional no total de 108.500 unidades farmacêuticas, no valor de R\$ 27.500,00. Foram repassados também alguns medicamentos da Saúde Mental, tendo em vista as necessidades da população carcerária em relação a esta classe de medicamentos.

Quanto aos insumos para Infecções Oportunistas, a responsabilidade de garanti-los é do estado, conforme pactuações ocorridas em março 2008, na Comissão Intergestores Bipartite, Resolução nº 019 e repactuado em 2011, devido alteração no elenco de medicamentos (Resolução CIB 216/2011). Os insumos são adquiridos e distribuídos aos Serviços de Atendimento Especializado (SAE), que são unidades que atendem pessoas vivendo com HIV/Aids, nas unidades do Hospital de Doenças Tropicais (HDT), no SAE HC/UFG, SAE Anápolis, SAE Rio Verde, SAE Itumbiara, SAE Jataí, SAE Caldas Novas, SAE Catalão e SAE de Santo Antônio do Descoberto.

Apesar do aumento no valor distribuído de recursos financeiros entre os anos de 2008 a 2011, ocorreu diminuição do número de medicamentos, pelo aumento do valor agregado por medicamento, gerando dificuldades de acesso por parte do usuário e maior risco de morbimortalidade.

Gráfico 24 – Distribuição de medicamentos para Infecções Oportunistas – Goiás - 2007-2012



Fonte: SIGMATE.

Outros desafios também precisam ser superados, como a garantia de insumos farmacêuticos ao radioacidentados, atendidos no **Centro de Assistência aos Radioacidentados (Cara)**, Unidade Assistencial de Saúde criada nesse governo, com o objetivo de dar maior evidência à assistência das vítimas do acidente radioativo, uma vez que na estrutura anterior era uma superintendência e, como tal, não dispunha de meios legais para prestar assistência, adquirir e dispensar medicamentos.

Ainda assim, o ano de 2011 foi marcado por inúmeros desafios em prejuízo dos pacientes, cuja maior demanda persiste na falta de medicamentos, sendo que nenhum processo de compra foi concluído, o que ocasionou o não comparecimento dos pacientes aos agendamentos semestrais e anuais, prejudicando o monitoramento desses.

Quanto à **Judicialização da Saúde**, vinculada à área de Assistência Farmacêutica, está baseada na garantia do direito à saúde e à vida, de acordo com a Constituição Federal/1988, e nas atribuições do SUS (Lei 8.080) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

De 2008 a 2011, foram impetrados em desfavor da SES 1.054 mandados de segurança, sendo esses de medicamentos que não constam, na maioria das vezes, nos elencos que fazem parte dos componentes da Assistência Farmacêutica. Isso tem gerado transtornos à SES, visto que desorganiza o planejamento na área e obriga o gestor a deslocar recursos orçamentários para o atendimento da demanda judicial em detrimento da programação pactuada para a assistência farmacêutica, dificultando cada vez mais a gestão do setor.

O gasto financeiro com as demandas judiciais no referido período cresceu 133%, passando de R\$ 4.829.031,68 para R\$ 11.261.350,00. Os medicamentos que geraram estes gastos

atendem a diversas patologias, sendo em primeiro lugar os referentes ao tratamento oncológico, seguido por osteoporose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e outras.

Considerando as características das ações judiciais, que necessitam de acompanhamento e monitoramento do período de vigência, além de outros aspectos, é necessário que estejam organizadas e possam ser acessadas com agilidade. No final de 2011, foram iniciadas conversações para implantação do Sistema HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. Outra ação implantada nesta área e da qual se espera resultados promissores, foi a criação de grupo de trabalho em conjunto com o Tribunal de Justiça Estadual e Federal, a fim de subsidiar os magistrados em seus pareceres.

A alocação crescente de recursos, a complexidade de produtos, tem evidenciado a necessidade de organização de serviços farmacêuticos que promovam o uso racional, identifiquem e selecionem medicamentos com melhor custo efetividade, viabilizando a qualidade do acesso. Em 2011, a SES, buscando avançar nesse entendimento, renovou a Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica, tendo como uma das primeiras atribuições a de revisar o elenco de medicamentos utilizados pelas unidades hospitalares geridas pela secretaria, relação esta publicada em 23/11/2011, Portaria nº 504/2011-GAB/SES.

Problemas identificados e que precisam ser contemplados como prioridades nessa área são:

(a) **fragmentação das ações de Assistência Farmacêutica** - apesar de instituída a gerência, nota-se que as ações que englobam o Componente Básico, Especializado e Estratégico, bem como o Setor de Judicialização continuam fragmentadas; (b) **morosidade nos processos de compras da SES, dos repasses financeiros aos municípios, no cumprimento do prazo de entrega pelos fornecedores**, dificultando o planejamento da assistência farmacêutica e o acesso da população aos medicamentos; (c) **atraso nas pactuações dos repasses financeiros aos municípios**, dificultando o planejamento dos municípios; (d) **falta de Coordenação de Assistência Farmacêutica nas Regionais de Saúde**, dificultando o monitoramento e avaliação das ações de AF nos municípios e da aplicação dos recursos financeiros repassados fundo a fundo, bem como a verificação de impacto das capacitações realizadas; (e) **estrutura física inadequada do Componente Especializado**, devido ao aumento do número de pacientes, tornando-se insuficiente para a organização do serviço e apesar da aquisição de nova área, a mudança ainda não foi efetivada, face a morosidade no processo de reforma; (f) **falta de política de reestruturação da execução do Componente Especializado**, o que com o aumento da demanda faz-se necessário a organização dos serviços do componente; (g) **falta de Protocolos Clínicos e Terapêuticos Estaduais**, dificultando o acesso a medicamentos que não fazem parte dos programas existentes, gerando crescente aumento nas demandas judiciais; (h) **falta de programa informatizado para gestão da Assistência Farmacêutica**, dificultando as informações, o monitoramento e avaliação das ações; (i) **falta de estruturação da Assistência Farmacêutica no âmbito estadual e municipal**.

1.3.6 SAÚDE MENTAL

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/02, visa à consolidação do Modelo Psicossocial, o qual oferta atenção de forma essencialmente aberta e de base comunitária; caracteriza-se por uma linha de cuidados destinada às pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento mental, transtornos mentais ou problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Essa atenção é materializada por diversos pontos que se articulam, num determinado território, no formato de Rede de Atenção.

No Estado de Goiás, a partir de dados levantados em 2011 para elaboração do Mapa da Saúde/SES, verificou-se que 44,31% dos municípios goianos realizam ações de saúde mental e 65,85% realizam ações voltadas para questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Destacamos que em 2011 os municípios de pequeno porte receberam recurso do MS para investir em ações de enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas na Atenção Primária. A qualidade e o impacto destas ações estão sendo avaliadas.

Hoje contamos com 53 Núcleos de Atenção à Saúde da Família/NASF no Estado de Goiás, conforme informações da Área Técnica de Atenção Primária/SPAIS/SES/2011. Em função do novo critério de implantação preconizado pela atualização da Política Nacional da Atenção Básica será possível ampliar a quantidade de NASF no Estado de Goiás, haja vista que houve maior flexibilidade nos critérios de implantação, possibilitando que os municípios menores possam pleitear este dispositivo.

Para o acolhimento e o cuidado dos casos graves de transtorno mental e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas é premente que os pontos de Atenção Psicossocial Especializada sejam expandidos.

Segundo dados do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (2011), em Goiás existem: 16 CAPS Tipo I, 15 CAPS Tipo II, um CAPS infanto-juvenil e quatro CAPS-AD (álcool e outras drogas) já implantados. Em processo de implantação, o quantitativo é de: 13 CAPS-I, um CAPS-II, sete CAPS-AD, três CAPS AD, tipo III, em funcionamento 24 horas e oferta de até 12 leitos e um CAPS III, responsável pela atenção às pessoas com transtorno mental grave, também em funcionamento 24 horas/dia, ofertando até cinco leitos (GSM/SPAIS,2011).

Uma série de novos dispositivos, em função dos **Planos Nacionais de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**, possibilitou a diversificação e expansão dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Dentre eles, podemos destacar os Consultórios de Rua, hoje chamados de **Consultórios na Rua** (Portaria nº 122/2012). Goiás conta **com dois destes em funcionamento e três em processo de implantação**. Este dispositivo se justifica em função do baixo índice da procura e de acesso aos serviços da rede pública, principalmente pela população usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade, especialmente moradores de rua, com destaque às crianças e adolescentes nesta situação.

Em relação à oferta de Leitos de Atenção Integral, há quatro CAPS Tipo III em fase de implantação em Goiás; duas Casas de Acolhimento Transitório estão sendo implantadas, uma na capital e uma regionalizada. Além disso, conforme registros do CNES/MS, há o quantitativo de 73 leitos em Hospitais Gerais Públicos e 83 em Hospitais Gerais Privados conveniados com o SUS, ao todo 153 leitos. Além destes, há também os leitos em Hospitais Psiquiátricos que ofertam o quantitativo de 1.171 leitos distribuídos em dez Hospitais

Psiquiátricos (CNES/MS). Desta forma, o Estado de Goiás conta com 1.324 leitos para esta especialidade.

Para estimar a quantidade necessária de leitos de atenção integral em saúde mental, o Ministério da Saúde utilizou as Diretrizes da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (MS, 2006). Neste caso, é considerada a estrutura das redes de atenção em cada Unidade Federada para definição dos parâmetros de cobertura por habitante.

Considerando as deficiências, como baixa resolutividade e baixa cobertura populacional (0,59), dos serviços existentes no estado, o parâmetro utilizado para definição de leitos é de 0,24 leitos por 1.000 habitantes. Isso significa que em Goiás deverão existir 1.440 leitos para atenção integral aos portadores de transtornos mentais. Levando-se em conta que já existem 1.324 leitos (CNES/MS, 2010), o déficit para essa especialidade é de 116 leitos.

Além do investimento nos pontos da Rede de Atenção Psicossocial definidos pelo MS, em função de uma demanda crescente de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e de todo clamor social que envolve a questão, o Governo do Estado de Goiás posicionou-se pela implantação de leitos públicos (96 vagas por unidade) nos Centros de Referência e Excelência em Dependência Química (CREDEQ), conforme Plano de Governo, para o período de 2011 a 2014, que ofertarão atenção às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, em grave situação de vulnerabilidade e dependência e para os quais os demais dispositivos mostraram-se insuficientes.

Atualmente, temos no Estado de Goiás 11 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) implantados e três em processo de implantação, considerando que cada SRT pode ter até oito moradores e deve estar articulado a um serviço de saúde mental no mesmo território. Estima-se que o Estado de Goiás teria a necessidade aproximada de 17 SRTs.

O Programa de Volta para Casa (PVC), instituído pela Lei 10.708/2003, é outra estratégia de desinstitucionalização que deve ser retomada. O PVC provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. Temos no estado 19 pessoas, apenas, beneficiando-se do Programa.

Também em atenção à Lei nº 10.216 e visando garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário), Goiás foi pioneiro na implantação do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), em 2006. A principal diretriz do Programa é o de sua atuação como auxiliar aos juízos de execução penal. O PAILI tem por atribuição acompanhar a execução das medidas de segurança no âmbito administrativo, assim, contemplando uma mudança de paradigma no procedimento destas medidas.

Atualmente, o PAILI acompanha 204 pacientes judiciários, destes, 25 encontram-se, excepcionalmente, recolhidos em Unidades Prisionais, por várias razões, dentre elas, a falta de suporte social e familiar, o que demanda maior investimento na parceria com os municípios goianos e demais parceiros na busca de alternativas.

Em relação à criança e ao adolescente, apesar de serem considerados como prioridade, a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.089/1990), este segmento tem ficado em segundo plano, inclusive em Goiás, que conta apenas com três serviços de saúde mental para este segmento em todo estado: um CAPS i, um CAPSAD, voltado para crianças e adolescentes e um serviço específico do estado, denominado Centro Integrado Médico

Psicopedagógico (CIMP).

A falta de preparo dos profissionais da saúde para lidarem com essa demanda singular e complexa (Lescher, Grajcer & Bedoian et al, 2004) dificulta ainda mais o enfrentamento dos problemas vivenciados por esta clientela, ainda mais se for dada ênfase às crianças e adolescentes em maior situação de vulnerabilidade, como àquelas moradores de rua ou em cumprimento de medida socioeducativa e privados de liberdade.

Com o objetivo de ofertar educação permanente, Goiás pleiteou e foi contemplado com um dispositivo de qualificação denominado Escola de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, espaço de formação de supervisores capaz de criar mecanismos de multiplicação e sustentabilidade das ações de qualificação da Rede. Também, estão sendo implantadas no estado cinco Escolas de Redução de Danos, para a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial para a atenção aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

Em suma, compreendemos que os grandes desafios a serem enfrentados para o próximo quadriênio são a ampliação da oferta de serviços de saúde mental, estruturados pela Rede de Atenção Psicossocial, em articulação com a rede intersetorial, e a formação permanente dos profissionais que a compõe, com vistas especialmente nas pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, em especial, nossas crianças e adolescentes.

1.3.7 - ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

Existem, atualmente, quatro áreas indígenas no Estado de Goiás, três das quais já se encontram demarcadas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), órgão do governo federal responsável pela questão indígena no país. A população indígena do estado, em média é de 408 habitantes e ocupa uma área de 39.781 hectares, abrangendo os municípios de Aruanã, Minaçu, Nova América e Rubiataba (Quadro 2).

Entretanto, 38 indígenas, considerado desaldeados, pertencente à etnia Guarani Javaé, localizados no município de Cocalinho (Mato Grosso) recebem atendimento de saúde no estado de Goiás, totalizando 446 pessoas.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi elaborada pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, com base na compatibilização das Leis Orgânicas de Saúde com a Constituição Federal, cujo texto reconhece o respeito às especificidades étnicas, culturais e direitos territoriais dos povos indígenas. É de **“competência privativa” da União legislar e tratar sobre a questão indígena**. Assim, aos Estados e Municípios cabe o papel de seguidores e aplicadores da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – (Pnas).

População Assistida

O quadro 2, a seguir, demonstra a distribuição espacial dos remanescentes indígenas em Goiás, bem como a estrutura básica de atendimento à saúde:

Quadro 2 – Distribuição espacial dos remanescentes indígenas – Goiás – 2010

| Aldeias | Etnias | Localização | Nº de Pessoas | Agentes de Saúde | Agentes. Indígenas de Saneamento |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------|------------------|----------------------------------|
| Carretão ¹ | Tapuia | Rubiataba Nova América | 181 | 02 | 01 |
| Buridina ² | Karajá | Aruanã | 107 | 1 | 01 |
| Ariká ² | Karajá | Aruanã | 49 | 1 | 1 |
| Desaldeados ³ | Karajá e Outros | Aruanã | 66 | - | - |
| Desaldeados ⁴ | Tupi-Guarani Avá-Canoeiros | Minaçu | 6 | - | - |
| Subtotal/ Goiás | - | - | 408 | 4 | 3 |
| Desaldeados | Guarani Javaé | Cocalinho(*) Mato Grosso | 38 | - | - |
| TOTAL | - | - | 446 | - | - |

¹ - Equipes de Saúde – Médico do PSF de São Félix do Araguaia/Dentista/Auxiliar de Dentista/Técnico em Enfermagem/Agente Indígena de Saúde.

² - Equipes de Saúde/- PSF de São Félix/Dentista/Técnico de Enfermagem/Agente de Saúde. A aldeia dispõe de um Agente de Vigilância Policial.

³ - Atendimento pelo SUS do Município e acompanhamento pela SESAI/DSEI de São Félix.

⁴ - Atendimento pelo SUS do Município e acompanhamento pela SESAI/DSEI de São Félix.

(*) - Atendimento pela estrutura de saúde do Estado de Goiás.

De acordo com os dados disponíveis, a população indígena conta com agentes de saúde nas aldeias, mas a atenção básica é realizada pela rede SUS (Estratégia da Saúde da Família - ESF e postos de saúde). Para procedimentos de média e alta complexidade, em situações de urgência e emergência, o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) deve definir, em conjunto com a SES e as SMS, os fluxos assistenciais para acesso dos pacientes indígenas à média e alta complexidade. A partir do Decreto 7.508, de 28/6/2011, esse fluxo e a cota de assistência devem ser estipulados e garantidos no Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAPS).

Segundo o SINAN/NET, a situação epidemiológica da população indígena atendida nos serviços públicos do Estado de Goiás apresenta como principais agravos: (a) os atendimentos antirrábicos (acidente com animais); (b) a dengue, embora tenha tido uma redução significativa de 2010 para 2011; (c) síndrome do corrimento cervical em mulheres; (d) varicela e; (e) hepatites virais.

Considerando os dados populacionais e epidemiológicos e ainda o contexto da rede SUS, as ações de saúde realizadas pelos órgãos responsáveis enfrentam algumas barreiras (a maioria delas comuns também aos grupos de baixa renda), como dificuldades habitacionais, sanitárias, econômicas, sociais, culturais, entre outros, que podem contribuir para a ocorrência dos agravos mostrados.

A proximidade aldeia-cidade acarreta consequências negativas: condições precárias (na qualidade e quantidade) das fontes tradicionais de alimentos/medicamentos (caça, pesca, frutos, raízes, plantas) devidas às condições de saneamento básico, poluição ambiental, lixo químico e industrial no solo e no curso dos rios.

Soma-se também a situação de vulnerabilidade a que fica exposta toda a aldeia, principalmente os jovens, pela possibilidade do envolvimento com o álcool e drogas, com sérios riscos para o aumento dos agravos e da mortalidade decorrentes de causas externas. Esse risco torna-se potencializado por ocasião das festas religiosas, cívicas, culturais e temporadas turísticas, onde há citações de ocorrência de turismo sexual tendo como alvo a população jovem indígena.

O cuidado com a melhoria do sistema de informações, a partir da definição dos dados necessários para que o traçado das intervenções pontuais e globais seja assertivo, deve merecer uma atenção especial. O conhecimento leva à maximização dos resultados esperados, paralelamente à otimização da aplicação dos recursos técnicos e financeiros.

Segundo o MS, dentre as dificuldades Institucionais **para melhoria da saúde dos povos indígenas**, encontram-se: a falta de ações sistemáticas e continuadas de Atenção Básica no interior das áreas indígenas e fraca cobertura sanitária; sistema de Informações falho e ineficiente; pouco conhecimento do perfil epidemiológico no todo ou por grupos/etnias; descontinuidade das ações em todas as frentes e; carência de profissionais.

Vale ressaltar que a questão indígena é integralmente jurisdicionada ao governo federal, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde dessa população será desenhada segundo os princípios e diretrizes da Política Nacional, cabendo ao Estado de Goiás apoiar, por meio da rede SUS, as ações e intervenções emanadas dos órgãos responsáveis diretamente pela política da saúde nas áreas indígenas. Oferecer a esta população melhores condições de Saúde esta previsto nos objetivos do Ministério da Saúde, no Plano Plurianual do Estado de Goiás e na 14ª Conferência Nacional de Saúde.

1.3.8 - SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Em 13 de maio de 2009 foi elaborada a Portaria nº 992 que estabeleceu a Política Nacional da População Negra. A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PEASIPN) ainda se encontra em construção. Depois de discutida no âmbito da SES, o texto deverá ser encaminhado à CIB e ao CES. A atenção a essa população é uma das prioridades do Plano Plurianual, da 14ª Conferência Nacional de Saúde e VII Conferência Estadual de Saúde de Goiás.

Para bem entendermos a situação da população negra, devemos reconhecer que de minoria, os autodeclarados negros (pretos e pardos) passaram à maioria e esse fato pode alterar, inclusive, a força da demanda por serviços públicos em geral, sabendo que as autoridades sanitárias e os técnicos têm que se prepararem para essa possibilidade.

Quadro 3 – População, segundo cor ou raça – Goiás - 2010

| Cor ou raça | População |
|----------------|-----------|
| Branca | 2.502.119 |
| Preta | 391.918 |
| Amarela | 98.478 |
| Parda | 3.002.673 |
| Indígena | 8.533 |
| Sem declaração | 67 |

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (dados preliminares)

De acordo com o DATASUS/2009, **dentre as principais causas de mortalidade da população negra no Estado de Goiás estão as causas externas** (ex: agressões/violência, acidentes), seguida das doenças no aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho digestivo. E como as principais causas de morbidade, segundo o SIH/SUS -2009, as doenças do aparelho digestivo, circulatório e a dengue.

A população negra também sofre com as doenças adquiridas em condições desfavoráveis (desnutrição, DST/HIV/Aids, estresse, depressão, dentre vários outros), além das de evolução agravada ou tratamento dificultado (diabetes, coronariopatias, IRC, dentre várias outras). Algumas dessas fogem bastante do controle das ações de saúde por se relacionarem mais com situação socioeconômica e cultural, demandando ações integradas das políticas públicas. Em relação à anemia falciforme, doença prevalente (mas não exclusiva) na população negra, o serviço público de saúde oferece ampla cobertura na área da detecção do traço/doença (realizado pela APAE) e na área do tratamento (realizado pelo HC/UFG).

A Política Estadual de Saúde da População Negra, reconhecendo a prática do racismo institucional na rede de serviços de saúde, destaca a necessidade de mudanças no atendimento, dando ênfase ao acolhimento na porta de entrada do Sistema, nas unidades de saúde, voltando sua atenção para a sensibilidade profissional e para o respeito às diferenças em todos os níveis, fomentando a participação popular e a rede de controle social como forma de combater o racismo institucional e de promover as mudanças necessárias no atendimento na rede de serviços de saúde.

Para a efetividade dessa política no estado, é preciso que os dados epidemiológicos sejam acompanhados de um recorte racial, pois os agravos e a mortalidade apresentam muitas vezes especificidades conforme a cor e etnia, associados às condições socioeconômicas e culturais. Ainda, se faz necessário compreender que se trata de uma ação transversal e, portanto, o planejamento das ações deve ser conjunto com as áreas da mulher, criança, adolescente, deficiente, saúde mental, saúde bucal e com a política que cidadãos privados de liberdade.

Portanto, o combate ao racismo institucional surge como um sério problema a ser enfrentado, muito embora, nem sempre treinamentos e cursos são capazes de vencer preconceitos, mas

pode ser o início de uma mudança de comportamento dos profissionais para um melhor acolhimento e maior atenção aos agravos prevalentes na saúde da população negra, sobretudo os “geneticamente determinados”, como as doenças falciformes em geral.

1.3.9 - REGULAÇÃO E CONTROLE DO SISTEMA DE SAÚDE

A Política de Regulação do SUS (2008) estabelece que a mesma deve ser organizada em três dimensões de atuação, sendo elas: **a regulação da atenção à saúde; a regulação dos sistemas de saúde e a regulação do acesso à assistência.** Entendendo como **regulação de acesso** as ações de regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, de acordo com protocolos previamente pactuados.

O **Complexo Regulador (CRE)** do estado, implantado em 2007, sob a gestão e gerência da SES, é responsável por regular o acesso às unidades de saúde sob gestão do estado e a referência interestadual, intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal.

Em 2008, a Portaria Ministerial GM nº 1559 define como Complexo Regulador “uma estrutura que operacionaliza as ações de regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os modelos: Complexo Regulador, Complexo Regulador Regional e Complexo Regulador Municipal”.

Em Goiás, a SES, adotou o modelo Complexo Regulador Regional com gestão e gerência compartilhada entre a SES e as Secretarias Municipais de saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região e a referenciada interregional, no âmbito do Estado.

Neste mesmo ano, foram definidos e pactuados os **Complexos Reguladores Regionais** que compõem o Sistema Estadual de Regulação, distribuídos nos municípios sedes das regiões de saúde: **Goiânia; Aparecida de Goiânia; Anápolis; Ceres; Formosa; Campos Belos; Luziânia; Itumbiara; Catalão; Caldas Novas; Rio Verde; Jataí; São Luiz de Montes Belos; Porangatu; Uruaçu e Goiás (não implantado).**

Atualmente, são 16 Complexos Reguladores Regionais utilizando o SISREG III, regulando consultas e exames. Seis municípios já implantaram seus sistemas de regulação: Goiânia; Senador Canedo; Piracanjuba; Posse; Bela Vista Santa Helena de Goiás e Aparecida de Goiânia.

Alguns esforços foram despendidos neste último ano, no sentido de implantar/e ou implementar o CRE, no entanto, ainda não foram suficientes para que o estado assumisse o seu papel de gestor e coordenador da regulação e do controle do sistema de saúde, uma vez que, entre outros problemas, o SISREG III, que é o sistema de regulação, não é utilizado para o monitoramento em sua plenitude.

Vários são os problemas que vêm dificultando a efetivação do processo regulatório no estado, parte pelo desconhecimento sobre a sua importância enquanto garantia dos princípios do SUS, junto à população, como da equidade e do acesso e, também, a falta de incorporação tecnológica, em especial nos pequenos municípios.

Na esfera Estadual, precisa ser revisto o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e a Central de Notificação e Captação de Órgãos (CNCDO) que, hoje, não fazem parte da estrutura do Complexo Regulador, dificultando a integração, além da desarticulação observada entre o CRE os Complexos Reguladores Regionais e Municipais.

No presente momento, em Goiás, os serviços e estabelecimentos de saúde credenciados no Sistema Único de Saúde correspondem a 12.300 leitos distribuídos em 170 hospitais, 2.300 serviços de saúde, somados às Unidades de Atenção Básica e de Média Complexidade, totalizam mais de duas mil unidades.

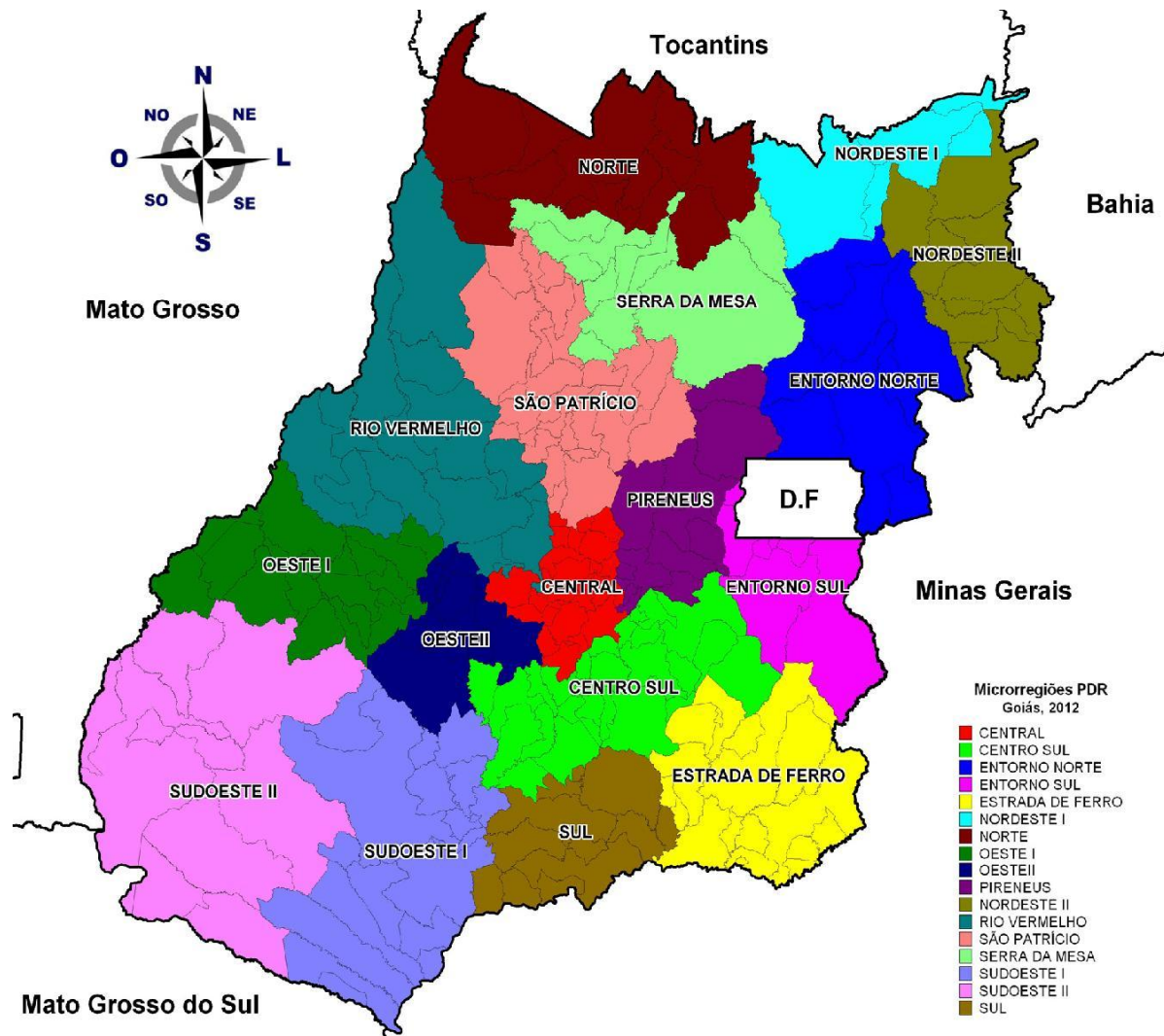
No entanto, segundo o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), a avaliação realizada pelo Ministério da Saúde (2011) dos 246 municípios do estado, 158 foram classificados como médios para as condições de saúde e do sistema de saúde municipal e sem estrutura para os serviços de Atenção de Média e Alta complexidade (MAC); e 50 outros municípios avaliados com desempenho baixo para os indicadores acima citados e também sem estrutura para MAC.

Portanto, se faz necessário a organização das redes de atenção regionalizadas e a implantação dos complexos reguladores, de forma efetiva, inicialmente, no Estado e Regiões de Saúde, objetivando garantir o acesso integral aos usuários do sistema.

Em virtude da necessidade de dar continuidade ao Processo de Descentralização e Organização do Sistema de Saúde com ênfase na Regionalização e Hierarquização dos Serviços de Saúde e de distribuir e ordenar os espaços territoriais da unidade federada, expressando o desenho final das Regiões de Saúde, incorporando as mudanças ocorridas nos fluxos assistenciais e atualizando as conformações de abrangência das Regiões e Macrorregiões, baseadas nas diretrizes do Pacto Pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006) e no Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011, foi aprovado o desenho final do Plano Diretor de Regionalização / PDR do Estado de Goiás/2012 pela Comissão Intergestora Bipartite, por meio da resolução 028/2012 CIB.

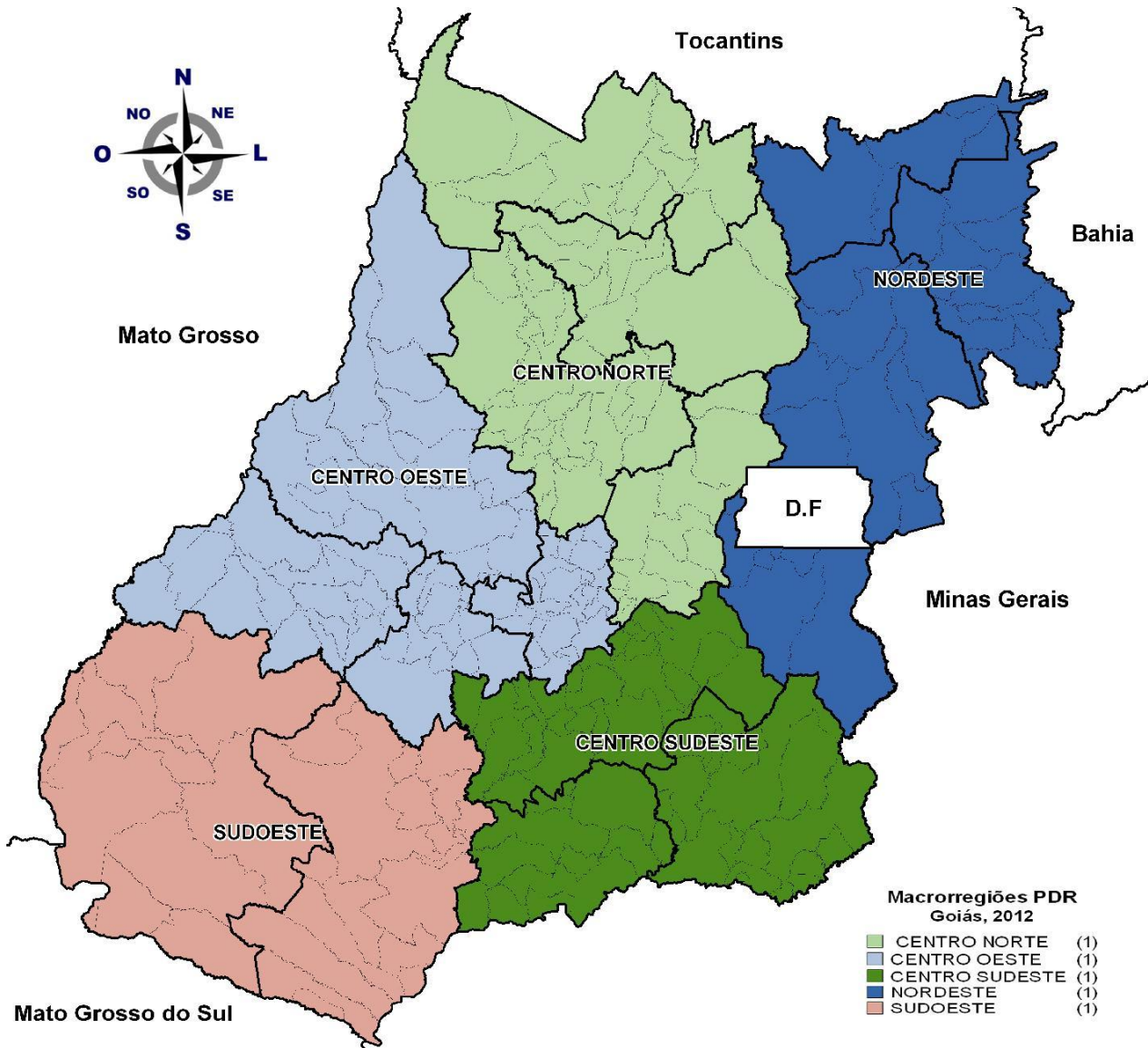
Estabeleceu-se que o desenho da regionalização do Estado ficará com a seguinte apresentação: 05 Macrorregiões, 17 Regiões de Saúde, 246 Municípios e 17 Sedes Administrativas Regional, conforme figuras 2 e 3 a seguir:

Figura 2 - Mapa de distribuição das Microrregiões PDR - Goiás – 2012



Fonte: AIS/SUPEX/SES-GO

Figura 3 - Mapa de distribuição das Macrorregiões PDR - Goiás – 2012



Fonte: AIS/SUPEX/SES-GO

1.3.10 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A excessiva fragmentação observada na institucionalização das ações de 'vigilância', (epidemiológica, sanitária e ambiental) ao longo da implantação do SUS, vem sendo criticada no âmbito de sua construção conceitual, pois não consegue mais responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde, atuais, que envolvem o cidadão comum (Teixeira, Paim & Vilasboas, 1998; Paim & Almeida Filho, 2000).

A 'Vigilância em Saúde' deve ser entendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Apoiada no conceito do processo saúde-enfermidade, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas.

Entendida como uma 'proposta de ação' e uma 'área de práticas', a 'Vigilância em Saúde' apresenta as seguintes características: (a) intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; (b) adoção do conceito de risco; (c) articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; (d) atuação intersetorial; (e) ação sobre o território e; (e) intervenção sob a forma de operacionalizar (Paim & Almeida Filho, 2000).

Nessa nova concepção de saúde pública, a Vigilância em Saúde foi instituída em 2011, no Estado de Goiás, a partir da integração das áreas da saúde coletiva que se encontravam fragmentadas em duas Superintendências da SES/GO.

Foram atribuídas à Vigilância em Saúde as competências em relação às ações de promoção, vigilância, proteção, prevenção e controle de riscos, doenças e agravos à saúde, abrangendo as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, e a imunização.

Os resultados desse modelo antigo de vigilância, operacionalizado até início de 2011, podem ser observados na autoavaliação realizada pela SES, logo no início da atual gestão. Para avaliar a capacidade gestora do estado, na perspectiva de diagnosticar áreas que precisam ser fortalecidas, foram utilizadas as medições das Funções Essenciais de Saúde Pública. Em maio/2011, com o apoio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), a SES realizou sua avaliação, com ampla participação dos gestores da Pasta e avaliadores externos.

Nesse caso, a Função nº 1 - Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado obteve uma avaliação muito baixa, numa classificação de zero a 1,0 a mesma ficou com 0,28. Essa função compreende a utilização, por parte da Gestão, de instrumentos e metodologias para medir e avaliar: a) a situação de saúde da população; b) a qualidade da informação em saúde; c) a capacidade técnica e recursos para o monitoramento e a análise da situação de saúde; d) suporte tecnológico para monitoramento da situação de saúde, e; e) a capacidade de a gestão estadual cooperar e apoiar tecnicamente os municípios para realizarem essas mesmas atividades locais.

Essas questões precisam ser implementadas e priorizadas no próximo quadriênio, sob a perspectiva de obtenção de melhorias contínuas dos sistemas de informações, considerando esses instrumentos de fundamental importância para medir e avaliar a situação de saúde da população no âmbito estadual, regional e municipal.

Por outro lado, a Função nº 2 - Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde, foi muito bem avaliada, obtendo a maior pontuação, 0,70, fazendo parte dessa função as atividades do Laboratório Central de Saúde Pública, responsável pelos serviços de Diagnósticos de Doenças de Notificação Compulsória, de vigilância de doenças transmissíveis e não transmissíveis e de vigilância dos agravos inusitados de interesse à Saúde Pública.

Embora tenha sido essa a Função melhor avaliada, em relação às demais, muitas ações precisam ser implementadas para melhor desempenho da gestão estadual, entre essas: (a) promover a informatização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública das Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde Ambiental (GAL – Gerenciamento de Ambiente Laboratorial), proporcionando o gerenciamento das rotinas, o acompanhamento das etapas para realização dos exames e relatórios epidemiológicos e de produção nas redes estaduais de laboratórios de saúde pública; (b) prover a gestão integral do parque tecnológico do Laboratório e a incorporação tecnológica de ponta, com vistas à ACREDITAÇÃO de ensaios, reconhecimento formal da competência técnica laboratorial pela ISO NBR 17025/2005.

Apresentam-se como problemas centrais para essas realizações: as dificuldades 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; a dificuldade de internalizar a cultura da descentralização dos serviços de atenção à saúde; a fragilidade da negociação técnica e política para efetivar a descentralização dos laboratórios de análise da água nos municípios; a dificuldade na manutenção do parque tecnológico; a descontinuidade dos contratos de prestação de serviços de manutenção e calibração/ de equipamentos.

Por força do Decreto nº. 7.102, de 23 de abril de 2010, a vinculação administrativa do Laboratório de Citogenética Humana e Genética Molecular da Secretaria da Saúde (LAGENE) passou a ser de responsabilidade do LACEN/GO. As atividades desenvolvidas pelo mesmo têm por objetivo a oferta de serviços para a comunidade na área específica de genética. Esses serviços incluem: (a) testes genéticos para o diagnóstico clínico, mediante indicação/solicitação médica da rede pública de atenção aos agravos da saúde da população do Estado de Goiás; (b) a realização de estudos de vínculo genético para confirmação de paternidade biológica, mediante solicitação judicial cível formal apresentada por Juiz de Direito ou Promotor Público; (c) estudos técnico-científicos de mutagênese e monitoramento ambiental de populações humanas expostas ocupacional ou acidentalmente; (d) em parceria com o Centro de Excelência em Ensino, Pesquisas e Projetos - Leide das Neves Ferreira, realizar estudos de acompanhamento, a longo prazo, da saúde genética dos radioacidentados goianos expostos à radiação ionizante de césio-137, conforme a solicitação da equipe médica da SES, responsável pelo follow-up (acompanhamento) desta população.

Cabe, ainda, à Vigilância em Saúde a implementação dos processos de regulação de produtos e serviços, como medicamentos, alimentos, saneantes, estabelecimentos de saúde e outros, referentes às ações de Vigilância Sanitária.

Neste contexto, a Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) possui, atualmente, em sua área de atuação, 13.216 estabelecimentos sujeitos ao controle e fiscalização sanitária em Goiás, abrangendo alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes e produtos para a saúde.

A adequação dos processos de produção às normas sanitárias vigentes ocorre por meio da fiscalização sanitária. Os maiores problemas identificados nesta área relacionam-se ao não cumprimento das boas práticas de fabricação de produtos e aos constantes desvios da qualidade de produtos expostos ao consumo denunciados pela população.

Quadro 4 – Número de estabelecimentos cadastrados – Goiás - 2011

| TIPO DE ESTABELECIMENTO | Nº DE ESTABELECIMENTO |
|------------------------------------|-----------------------|
| Indústria de Medicamentos | 20 |
| Industria de Insumos Farmacêuticos | 2 |
| Indústria de Alimentos | 919 |
| Indústria de Cosméticos | 56 |
| Indústria de Saneantes | 80 |
| Indústria de Produtos para a Saúde | 55 |
| Distribuidora de Medicamentos | 8 |
| Farmácia de Manipulação | 110 |

Fonte: GVSP/SUVISA

Em relação aos medicamentos, aos produtos para a saúde e ao sangue, foi instituída a vigilância pós-uso. A farmacovigilância faz a vigilância de medicamentos, a tecnovigilância realiza a vigilância dos produtos para a saúde e a hemovigilância para o acompanhamento do sangue, com a finalidade de acompanhar e investigar os eventos adversos e queixas técnicas notificadas pelo Sistema NOTIVISA.

A ação de monitoramento da qualidade de produtos é realizada em programas estaduais e/ou nacionais, de forma conjunta entre a vigilância sanitária e o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), com a finalidade de verificar a conformidade dos produtos expostos ao consumo e identificar os setores produtivos que necessitam de intervenção institucional.

Os resultados desse monitoramento subsidiam o planejamento e execução de programas de fiscalização, como, também, o aprimoramento da legislação sanitária e a revisão de registro de produtos comercializados no âmbito do estado.

Dos 248 produtos alimentícios analisados em 2011, 51,2% receberam laudos insatisfatórios, e, destes, 40,8% apresentaram desvio de qualidade do produto. Quanto à Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde, são 8.646 estabelecimentos cadastrados, contudo, a maior parte das ações de fiscalização é realizada pelos municípios, conforme pactuações homologadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Entretanto, em muitos casos, as ações não vêm sendo realizadas pelos municípios, exigindo atuação complementar do estado.

Como resultado das fiscalizações realizadas sistematicamente nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde e de interesse à saúde no estado, verificou-se que os maiores problemas concentram-se em: inadequações na estrutura física; falta de validação do processo de esterilização de materiais; ausência de equipamento de proteção individual e de normas e rotinas; inadequação ou inexistência de lavanderia hospitalar, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Serviço de Nutrição e Dietética, Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Enquanto que em referência aos serviços de hemoterapia, os mesmos estão relacionados a deficiência de equipe exclusiva para o serviço e a não realização dos testes imunohematológicos (pré-tranfusoriais).

Nos serviços de terapia renal substitutiva, além das inspeções periódicas, no ano de 2005 deu-se início ao monitoramento da qualidade da água de hemodiálise nos estabelecimentos em funcionamento no Estado. Os principais resultados estão na tabela 21 abaixo, e demonstram que a variação do percentual de laudos satisfatórios das análises realizadas justifica a permanência e reestruturação do programa de monitoramento.

Tabela 21 – Resultados do monitoramento da qualidade da água de hemodiálise – Goiás - 2005-2011

| ANO | Análise Microbiológica | | Análise Endotoxinas | | Análise Metais Pesados | |
|------|------------------------|----------------|---------------------|----------------|------------------------|----------------|
| | Nº Amostras | % Satisfatório | Nº Amostras | % Satisfatório | Nº Amostras | % Satisfatório |
| 2005 | 113 | 60,00% | - | - | - | - |
| 2007 | 138 | 84,00% | 88 | 88,00% | 60 | 100,00% |
| 2009 | 96 | 83,00% | 48 | 62,00% | 48 | 77,00% |
| 2010 | 212 | 75,00% | 106 | 66,00% | 78 | 100,00% |
| 2011 | 89 | 85,00% | 42 | 83,00% | - | - |

Fonte: GVSS/SUVISA/SES, 2011.

Em relação ao monitoramento das fontes de radiação ionizante, existem no Estado, 3.745 Serviços de Diagnósticos por Imagem com uso de Radiação Ionizante estão cadastrados e, nesta área, foi priorizado o monitoramento da qualidade da imagem mamográfica, realizado nos serviços do interior do estado, como contribuição à redução do câncer de mama priorizado no Pacto pela Vida.

Em 2009, 31,46% das imagens avaliadas apresentaram não conformidade em relação ao processamento, sendo que em 2010 o percentual foi de 29,89% e em 2011 foi de 25%. Estes resultados configuram uma melhoria da qualidade das imagens em relação à nitidez da visualização de estruturas da mama, sejam elas benignas ou malignas.

Ainda, subordinado a SUVISA encontra-se o Centro de Informações Toxicológicas (CIT), responsável pela realização de capacitação técnica, informações e atendimentos relacionados às intoxicações e acidentes por picadas de animais peçonhentos, constituído por prestação de orientações, em regime de plantão, às unidades de saúde que prestam a assistência e tratamento, bem como o controle da distribuição de soros anti-peçonhentos para todo o Estado.

As maiores dificuldades encontradas nas ações de Vigilância Sanitária concentram-se na deficiente descentralização ocorrida no Sistema. Os municípios na sua quase totalidade não pactuam ações de médio e alto risco sanitário sobrecarregando o nível estadual que realiza as fiscalizações em detrimento das ações de coordenação, supervisão, educação em saúde.

A vigilância em saúde ambiental atua na prevenção e controle de riscos e agravos à saúde, desenvolvendo ações contínuas para reduzir a exposição da população a riscos ambientais, inclusive no trabalho. Dentre as ações de vigilância ambiental destaca-se a vigilância da água incluindo outros parâmetros exigidos pela legislação (agrotóxicos, metais, derivados do petróleo, etc), melhoria na atividade de investigação de surtos de Doenças de Transmissão

Hídrica e realização de pesquisas de radioatividade em água de consumo. Torna-se necessário ampliar a capacidade laboratorial para análises bacteriológicas de água para consumo humano, com a implantação de novos laboratórios, cujos equipamentos foram cedidos pelo Ministério da Saúde. O Estado também não conta com laboratórios especializados para coleta e análise de solo para a avaliação de risco da exposição da população a contaminantes químicos, no âmbito do Vigisolo e do Vigiar.

Há deficiência de indicadores e de sistemas de informação de vigilância em saúde ambiental para análise e monitoramento, dificultando o intercâmbio de experiências e estudos, ações educativas e orientações além da democratização do conhecimento na área.

O Código Sanitário está desatualizado e não contempla todas as áreas de vigilância em saúde, inclusive a Vigilância em saúde ambiental. Não há respaldo legal e normativo para o atendimento das demandas de fiscalização por denúncias sobre manejo inadequado de resíduos agrícolas, das atividades de pecuária, indústria e domésticos, que causam danos a saúde da população.

A vigilância em saúde do trabalhador não possui uma Política Estadual em Saúde do Trabalhador e o número de Cerests regionais é insuficiente por área de abrangência o que impede a efetivação da descentralização das ações de saúde do trabalhador. A Rede Sentinela não tem estrutura suficiente nem capacitação para que os atendimentos, notificações e acompanhamento dos acidentes e agravos relacionados ao trabalho possam ocorrer de modo descentralizado.

Ainda há insuficiência na identificação da condição de trabalhador para os pacientes atendidos nas unidades assistenciais do SUS.

1.4 - GESTÃO EM SAÚDE

1.4.1 - ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DA SES

A Secretaria de Estado da Saúde é composta, em sua estrutura básica, por sete Superintendências, sendo elas: Executiva (SUPEX); Gestão, Planejamento e Finanças (SGPF); Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS); Vigilância em Saúde (SUVISA); Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SESTSUS); Controle e Avaliação Técnica de Saúde (SCATS) e; Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde (SUNAS).

Fazendo parte de sua estrutura complementar, estão 38 gerências e, constituindo a estrutura complementar descentralizada, a SES tem sob a sua vinculação 15 Gerências de Unidades Regionais, bem como 21 Unidades Assistenciais de Saúde.

Um grande problema enfrentado pela SES, hoje, é a necessidade de aquisição de um imóvel que comporte as suas Unidades administrativas.

Destaca-se ainda em sua estrutura a existência de dois órgãos colegiados: O Conselho Estadual de Saúde (CES) e a Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Dentre as inúmeras competências da Secretaria, evidencia-se a sobrecarga da Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças, acarretando dificuldades para a mesma no que se refere à execução do seu papel, principalmente na área do Planejamento.

A junção do planejamento com as áreas de orçamentação e finanças, exigência da nova reestruturação ocorrida no início de 2011, pelo Governo Estadual, trouxe grandes prejuízos ao setor, dificultando o monitoramento, a avaliação dos instrumentos de gestão do sistema de saúde e a cooperação com os municípios, engessando e fragmentando, ainda mais, o planejamento institucional.

É importante ressaltar a necessidade de fortalecimento das Gerências de Unidades Regionais de Saúde, consideradas a extensão da SES junto aos municípios, bem como do Conselho Estadual de Saúde.

1.4.2 - GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A responsabilização da gestão do trabalho e a educação em saúde devem ser consideradas uma função essencial de saúde pública para as autoridades sanitárias seja do nível municipal, estadual ou federal. Observa-se que as dificuldades apontadas na área de recursos humanos, pelo Estado e pela maioria dos municípios, têm levado ao não cumprimento dos princípios da equidade e do acesso universal aos serviços de saúde, direitos garantidos à população pela Constituição Cidadã.

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde apontam que 60% dos trabalhadores da saúde possuem nível de escolaridade fundamental e médio e, desses, uma parcela significativa não possui certificado profissional (PNS, 2012-2015). Entretanto, são os que mais se fazem presente nas Unidades de saúde.

Em relação aos profissionais de nível superior, nos deparamos com a distância entre a formação básica e adequação dos mesmos à realidade do Sistema Único de Saúde. Embora algumas Universidades têm se preocupado com isso, buscando incorporar em seus currículos disciplinas que melhor preparem os profissionais para o SUS, temos um longo caminho para que isso seja efetivamente incorporado na prática diária dos mesmos.

Em Goiás, também, encontramos a não **qualificação** dos profissionais de acordo com o perfil necessário para o desempenho das ações e serviços do SUS. Somados a isso, observa-se, também, a má distribuição geográfica, com maior concentração em grandes centros urbanos e a completa carência desses profissionais em áreas mais distantes da capital que tem como uma das principais causas a precarização de vínculos trabalhistas e a falta de condições adequadas de trabalho. Esses fatos resultam na alta rotatividade de pessoal, ocasionado dificuldade de fixação, desmotivação, queda na produtividade, descontinuidade dos serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde da população.

As políticas e os programas de valorização do trabalhador da área de saúde, estadual e municipal em Goiás poderão reverter esse quadro que coloca em risco a implementação do SUS, especialmente, nos municípios mais distantes.

Na reforma administrativa da SES, no início do atual governo, com a criação da Superintendência de Educação em Saúde para o SUS, preocupou-se em ampliar as competências da Escola de Saúde Pública “Cândido Santiago” responsável pela educação profissional de nível médio, incorporando as atividades de educação permanente para todos os profissionais da saúde, que até então estavam segmentadas nas mais diversas áreas técnicas da SES.

As capacitações continuadas dos trabalhadores do SUS ocorrem no estado, de forma verticalizada, centralizada, dissociada das especificidades regionais. A demanda constante de educação permanente dos profissionais de saúde é gerada pelo nível central, de forma fragmentada, solicitadas pelas diferentes áreas, programas ou agravos, levando os técnicos das regionais e dos municípios a se ausentarem com muita frequência das suas atividades e inviabilizando a transferência dos conhecimentos adquiridos para os demais profissionais da rede de atenção à saúde.

Somados a isso, a inexistência por parte da área competente, de uma avaliação qualitativa dos processos de educação permanente, possibilitando uma reflexão crítica das técnicas pedagógicas inovadoras, aplicadas.

Na Autoavaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública realizada na SES (2011), com apoio metodológico e de coordenação do processo pelo Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (CONASS), o indicador que avaliou a **qualificação, capacidade e educação permanente da força de trabalho na Gestão do SUS** no estado obteve pontuação muito incipiente (0,07).

Portanto, o novo modelo, requer a elaboração de uma política de capacitação permanente, com planejamento e avaliação a partir de uma análise crítica das reais necessidades dos municípios, observando os aspectos epidemiológicos e os indicadores de saúde, de acordo com cada região de saúde.

A referida política de capacitação permanente deverá ser articulada com as Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) e as Comissões de Integração Ensino Serviço para o SUS

(CIES), por meio da elaboração dos Planos de Ação Regional par a Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

Observa-se, também, **pouco apoio às instâncias colegiadas do SUS**, considerando que as mudanças da legislação do SUS, recentes, remetem para a necessidade de capacitação dos CIRs, do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite, enquanto fóruns importantes de negociação e participação social.

1.4.3 - PLANEJAMENTO

O planejamento é um processo do qual resultam instrumentos estratégicos fundamentais para a gestão em qualquer esfera de governo. As esferas estaduais e municipais devem, sempre, estar em sintonia com a federal e vice-versa. As duas primeiras observando os macroprocessos e as diretrizes nacionais sobre os rumos que o setor de saúde deve seguir e o Ministério da Saúde, ao definir essas grandes linhas, pressupõe-se que o mesmo considere as diferenças regionais a partir dos condicionantes e determinantes da saúde da população.

São instrumentos básicos para o Planejamento do SUS: o Plano de Saúde (PS); a Programação Anual de Saúde (PAS), e; o Relatório Anual de Saúde (RAG). Estes precisam estar em consonância com os instrumentos de planejamento de governo, entre eles, o Plano Plurianual (PPA); a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); a Lei Orçamentária Anual (LOA); o Plano de Ação Integrada de Desenvolvimento (PAI) e, principalmente, com as Conferências de Saúde. Estes instrumentos fazem parte do Sistema de Planejamento, devendo ser levados em conta ao se planejar na área de saúde, em qualquer nível de governo.

Em Goiás, muitas situações apontam para a fragilidade desse processo na SES e como consequência, também, nas Secretarias Municipais de Saúde, nos últimos anos. Dentre, essas, destacam-se: (a) a aprovação do Plano Estadual de Saúde 2008-2011 com ressalvas pelo Conselho Estadual de Saúde, e; (b) as programações anuais de saúde, bem como os relatórios anuais de gestão que não estavam sendo elaborados da forma e no período preconizado na legislação do SUS.

A capacidade institucional de planejamento das SES, ainda, não é condizente com a importância que o mesmo deve ter em uma Pasta, como a da Saúde, que responde não somente pelas ações inerentes à SES, mas, além disso, pela Gestão do SUS no Estado de Goiás.

Com o objetivo de fortalecer e implementar o Planejamento na SES/GO, foi instituída a Gerência de Planejamento, responsável pelo PlanejaSUS e o planejamento institucional da Secretaria, tendo como competências:

- Elaborar o Plano Plurianual do Governo, do planejamento de aquisições de insumos de toda ordem, avaliando as necessidades da Pasta, de forma compartilhada com as Superintendências e Unidades próprias da SES;

- Coordenar a proposta orçamentária do Setor, anualmente, junto à Secretaria de Gestão e Planejamento;

- Promover e apoiar a educação permanente em planejamento para os profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS, em parceria com o MS e municípios e

apresentar e submeter a aprovação dos instrumentos de gestão à aprovação do Conselho Estadual de Saúde - ParticipaSUS; entre outras.

Dada a importância da formulação do Plano Estadual de Saúde/PES para o quadriênio 2012 – 2015, como instrumento que subsidia a Gestão Estadual para a tomada de decisões e a necessidade que o mesmo fosse elaborado de forma participativa, envolvendo todas áreas da SES, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde, e de forma ascendente, que refletisse a real situação do setor, o mesmo ficou sob a responsabilidade do Gabinete do Secretário, através da sua Assessoria Técnica, responsável pela coordenação da elaboração.

Entre os obstáculos apontados anteriormente, para a melhoria dos processos de planejamento, encontra-se o Plano Plurianual 2012-2015, formulado e aprovado em ordem inversa de elaboração em relação ao PES, o que se constitui também em uma realidade nacional, contrariando dispositivos constitucionais e legais, destacando a necessidade de rever os prazos constantes nas portarias que normatizam o Sistema de Planejamento do SUS.

Portanto, é imperativo o fortalecimento da área de planejamento da SES, com maiores investimentos em sua estrutura física, de recursos humanos, em quantidade e qualidade. Mas, também, a SES deverá fazer, com a urgência que o assunto requer, a revisão dos processos da Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS/SEST-SUS, tornando-a referência para a Gestão do SUS (SES e SMS), na área de qualificação, capacitação e educação permanente da sua força de trabalho.

1.4.4 - 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, a qual foi regulamentada pela Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012.

A nova Lei assegura a efetiva coparticipação da União dos Estados e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Foi estabelecido um percentual mínimo de aplicação pelo governo estadual de 12% e o municipal de 15%, da receita líquida de impostos. A União aplicará, anualmente, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

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, é feita por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, o qual é disponibilizado via Internet, sendo o banco de dados alimentado pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, por meio do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo DATASUS/MS, que tem por objetivo acompanhar as receitas totais e os gastos públicos com ações e serviços de saúde. Dados desse Sistema (2007) mostram que o MS vem reduzindo sua coparticipação nos últimos anos de 60% para 45% do gasto total, enquanto que os Estados aumentaram 7% e os municípios 8%. Espera-se que com a Lei Complementar 141 haja correção dessas distorções.

Tabela 22 - Recursos Federais do SUS – valor despendido por tipo de transferência – Goiás – 2007-2011

| TIPO DE TRANSFERÊNCIA | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Transferências a Estados | 104.680.010 | 114.113.588 | 88.672.440 | 75.029.374 | 49.900.068 |
| Transferências a Municípios | 110.536 | 0 | 61.600 | 468.410 | 90.857 |
| Total | 104.790.546 | 114.113.588 | 88.734.040 | 75.497.784 | 49.990.925 |

Fonte: Ministério da Saúde / Fundo Nacional de Saúde

Tabela 23 – Recursos Federais do SUS – valor despendido por tipo de despesa - Goiás - 2007-2011

| TIPO DE TRANSFERÊNCIA | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE | R\$ 104.680.010,00 | R\$ 114.113.588,00 | R\$ 88.672.440,00 | R\$ 75.029.374,00 | R\$ 49.900.068,00 |
| ATENÇÃO BÁSICA | R\$ 110.536,00 | | R\$ 61.600,00 | R\$ 468.410,00 | R\$ 90.857,00 |
| AÇÕES ESTRATÉGICAS | | | | | |
| ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | R\$ 9.129.417,00 | R\$ 8.771.432,00 | R\$ 5.524.881,00 | R\$ 4.104.327,00 | R\$ 623.447,00 |
| GESTÃO DO SUS | R\$ 31.301.152,00 | R\$ 32.227.791,00 | R\$ 54.456.553,00 | R\$ 39.839.080,00 | R\$ 50.936.124,00 |
| VIGILÂNCIA EM SAÚDE | R\$ 4.106.226,00 | R\$ 2.492.946,00 | R\$ 8.169.326,00 | R\$ 5.039.747,00 | R\$ 3.205.704,00 |

Fonte: Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde

Tabela 24 – Evolução dos limites MAC por competência – valor anual - Goiás - 2007- 2011

| Competência | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Janeiro | R\$ 6.208.486,00 | R\$ 10.974.655,00 | R\$ 11.506.724,00 | R\$ 7.112.670,00 | R\$ 4.319.922,00 |
| Fevereiro | R\$ 8.275.554,00 | R\$ 9.805.045,00 | R\$ 11.018.047,00 | R\$ 6.623.043,00 | R\$ 4.230.816,00 |
| Março | R\$ 8.194.379,00 | R\$ 9.817.831,00 | R\$ 8.123.904,00 | R\$ 6.515.054,00 | R\$ 4.115.799,00 |
| Abril | R\$ 8.165.951,00 | R\$ 8.500.275,00 | R\$ 8.058.161,00 | R\$ 6.508.943,00 | R\$ 3.899.498,00 |
| Maiο | R\$ 8.415.510,00 | R\$ 9.732.635,00 | R\$ 7.153.418,00 | R\$ 6.117.078,00 | R\$ 3.684.445,00 |
| Junho | R\$ 8.184.429,00 | R\$ 9.229.838,00 | R\$ 7.754.364,00 | R\$ 7.087.999,00 | R\$ 6.015.912,00 |
| Julho | R\$ 7.590.283,00 | R\$ 9.755.443,00 | R\$ 7.200.034,00 | R\$ 6.968.762,00 | R\$ 3.588.789,00 |
| Agosto | R\$ 9.202.984,00 | R\$ 11.730.831,00 | R\$ 7.625.477,00 | R\$ 6.669.293,00 | R\$ 3.854.707,00 |
| Setembro | R\$ 10.264.612,00 | R\$ 12.136.640,00 | R\$ 7.662.651,00 | R\$ 5.740.648,00 | R\$ 3.928.796,00 |
| Outubro | R\$ 10.772.078,00 | R\$ 9.809.482,00 | R\$ 8.103.462,00 | R\$ 5.670.075,00 | R\$ 4.053.372,00 |
| Novembro | R\$ 10.680.817,00 | R\$ 10.032.638,00 | R\$ 7.308.532,00 | R\$ 6.046.485,00 | R\$ 3.966.424,00 |
| Dezembro | R\$ 17.742.122,00 | R\$ 8.798.098,00 | R\$ 3.313.814,00 | R\$ 7.272.122,00 | R\$ 5.785.845,00 |
| TOTAL | R\$ 113.697.211,00 | R\$ 120.323.416,00 | R\$ 94.868.593,00 | R\$ 78.332.180,00 | R\$ 51.444.330,00 |

Fonte: Fundo Nacional de Saúde

Em Goiás, foi instituído o Fundo Estadual de Saúde por meio da lei nº 17.797/2012, instrumento de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, visando desburocratizar a gestão e garantir uma maior agilidade processual à Pasta. O FES será administrado pela SES-GO e seus recursos financeiros serão movimentados pelo ordenador de despesas, o Secretário Estadual.

A forma de repasses dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde ocorre do FNS para o Fundo Estadual, depositados em conta específica na SES para esse fim, pagamento direto aos prestadores de serviços e aos beneficiários cadastrados, contratos e convênios.

A tabela 25, abaixo, apresenta a evolução do percentual mínimo de despesa própria do Estado, com Saúde, em cumprimento das metas estabelecidas na EC nº29/ Lei Complementar 141.

Tabela 25 – Percentual mínimo de despesa própria do Estado com Saúde – Goiás - 2007-2011

| AN O | % APLICADO | %MÍNIMO A APLICAR |
|-------------|-------------------|--------------------------|
| 2007 | 12,3 | 12 |
| 2008 | 12,87 | 12 |
| 2009 | 13,13 | 12 |
| 2010 | 12,16 | 12 |
| 2011 | 13,66 | 12 |

Fonte: SIOPS

Quanto aos repasses do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual é seguido as Portarias Ministeriais a que se destinam os recursos, entre outros podemos citar: repasse do

TF-VS - Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TF-VS); PAM – Plano de Ações e Metas (PAM), incentivo para promoção, prevenção, diagnóstico, assistência, desenvolvimento institucional e parcerias com OSC/ONGs no desenvolvimento de ações na área de DST/HIV/AIDS; para o Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador (CEREST), implantação em unidades de saúde de serviços para tratamento dos agravos relacionados à saúde do trabalhador; PLANVIG/ VIGISUS, incentivo para fortalecimento da gestão em vigilância em saúde; Farmácia Básica, distribuição de medicamentos essenciais, na rede SUS; Programa Saúde da Família; Complexo Regulador, para articulação e integração de dispositivos como, centrais de internação e de urgências, centrais de consultas e exames, serviços de transportes não urgentes de usuários, protocolos assistenciais com ações de contratação, controle assistencial e avaliação das ações de Saúde.; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência(SAMU), serviço que procura chegar precocemente às pessoas acometidas por agravos de urgência de natureza clínica, cirúrgica, traumática e/ou psiquiátrica. Componente estratégico na implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências.

A tabela seguinte (26) apresenta 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 2007 a 2011.

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.

Tabela 26 – Distribuição dos recursos do tesouro estadual destinados à Secretaria de Estado da Saúde, liquidados, classificados por categoria econômica, desconsiderando os gastos com pessoal e encargos sociais – Goiás - 2007-2011

| ANO | OUTRAS DESPESAS CORRENTES | % | DESPESA DE CAPITAL | % | TOTAL |
|--------------|-----------------------------|-------|---------------------------|-------|-----------------------------|
| 2007 | R\$ 256.484.095,00 | 95,08 | R\$ 13.274.681,00 | 4,92 | R\$ 269.719.875,00 |
| 2008 | R\$ 223.184.015,00 | 72,43 | R\$ 84.942.018,00 | 27,42 | R\$ 308.126.033,00 |
| 2009 | R\$ 212.008.888,00 | 91,4 | R\$ 19.943.289,00 | 8,6 | R\$ 231.952.177,00 |
| 2010 | R\$ 242.362.541,00 | 87,59 | R\$ 34.314.085,00 | 12,41 | R\$ 276.676.626,00 |
| 2011 | R\$ 228.451.824,00 | 99,6 | R\$ 900.879,00 | 0,4 | R\$ 229.352.703,00 |
| TOTAL | R\$ 1.162.491.363,00 | | R\$ 153.374.952,00 | | R\$ 1.315.827.414,00 |

Fonte: SIOFINET

Em Goiás, nos dois últimos anos, esse incremento de recursos, do tesouro estadual foi, basicamente, na área hospitalar e ambulatorial, chegando em 2011 em 80,7% do total dos recursos repassados.

Tabela 27 – Distribuição dos recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupo de despesa e por subfunções – Goiás – 2007

| DEMONSTRATIVO DE DESPESA COM SAÚDE EM 2007-RECURSOS DO TESOIRO ESTADUAL | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|---------------------------|------------|
| POR SUBFUNÇÕES | CATEGORIA ECONÔMICA | | TOTAL | % |
| | CORRENTE | CAPITAL | | |
| PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | 0 |
| ADMINISTRAÇÃO GERAL | R\$ 300.241.238,00 | R\$ 10.361.765,00 | R\$ 310.603.003,00 | 56,92 |
| FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | 0 |
| ATENÇÃO BÁSICA | R\$ 22.944.377,00 | R\$ 0,00 | R\$ 22.944.377,00 | |
| ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL | R\$ 206.392.909,00 | R\$ 2.912.286,00 | R\$ 209.305.195,00 | 4,2 |
| VIGILÂNCIA SANITÁRIA | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | 38,35 |
| VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | R\$ 2.897.065,00 | R\$ 0,00 | R\$ 2.897.065,00 | 0 |
| ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | 0,53 |
| TOTAL | R\$ 532.475.589,00 | R\$ 13.274.051,00 | R\$ 545.749.640,00 | 100 |

Fonte: SIOFINET

Tabela 28 – Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás - 2008

| DEMONSTRATIVO DE DESPESA COM SAÚDE EM 2008-RECURSOS DO TESOIRO ESTADUAL | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|---------------------------|------------|
| POR SUBFUNÇÕES | CATEGORIA ECONÔMICA | | TOTAL | % |
| | CORRENTE | CAPITAL | | |
| ATENÇÃO BÁSICA | R\$ 29.998.644,01 | R\$ 0,00 | R\$ 29.998.644,01 | 4,9 |
| ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL | R\$ 169.135.914,73 | R\$ 19.138.231,57 | R\$ 188.274.146,30 | 31 |
| VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA | R\$ 1.160.595,85 | R\$ 0,00 | R\$ 1.160.595,85 | 2,1 |
| PESSOAL E ENCARGOS | R\$ 298.563.283,47 | R\$ 0,00 | R\$ 298.563.283,47 | 48,2 |
| OUTRAS DESPESAS CORRENTES | R\$ 22.868.450,10 | R\$ 0,00 | R\$ 22.868.450,10 | 3 |
| INVESTIMENTO | R\$ 0,00 | R\$ 65.803.787,15 | R\$ 65.803.787,15 | 10,8 |
| TOTAL | R\$ 521.726.888,16 | R\$ 84.942.018,72 | R\$ 606.668.906,88 | 100 |

Fonte: SIOFINET

Tabela 29 – Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções - Goiás - 2009

| DEMONSTRATIVO DE DESPESA COM SAÚDE EM 2009-RECURSOS DO TESOIRO ESTADUAL | | | | |
|--|---------------------------|--------------------------|---------------------------|------------|
| | | | | |
| ATENÇÃO BÁSICA | R\$ 36.822.068,50 | R\$ 0,00 | R\$ 36.822.068,50 | 6,4 |
| ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL | R\$ 144.102.176,30 | R\$ 15.748.486,71 | R\$ 159.850.663,01 | 27,9 |
| VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | R\$ 5.636.161,86 | R\$ 0,00 | R\$ 5.636.161,86 | 0,9 |
| PESSOAL E ENCARGOS | R\$ 342.738.893,66 | R\$ 0,00 | R\$ 342.738.893,66 | 59,6 |
| OUTRAS DESPESAS CORRENTES | R\$ 25.429.743,38 | R\$ 0,00 | R\$ 25.429.743,38 | 4,5 |
| INVESTIMENTO | R\$ 0,00 | R\$ 4.194.802,79 | R\$ 4.194.802,79 | 0,7 |
| TOTAL | R\$ 554.729.043,70 | R\$ 19.943.289,50 | R\$ 574.672.333,20 | 100 |

Fonte: SIOFINET

Tabela 30 – Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções - Goiás - 2010

| DEMONSTRATIVO DE DESPESA COM SAÚDE EM 2010-RECURSOS DO TESOIRO ESTADUAL | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|---------------------------|------------|
| POR SUBFUNÇÕES | CATEGORIA ECONÔMICA | | TOTAL | % |
| | CORRENTE | CAPITAL | | |
| ATENÇÃO BÁSICA | R\$ 55.043.190,00 | R\$ 0,00 | R\$ 55.043.190,00 | 7,6 |
| ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL | R\$ 159.279.744,33 | R\$ 26.762.388,23 | R\$ 186.042.132,56 | 25,8 |
| VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | R\$ 2.748.424,90 | R\$ 0,00 | R\$ 2.748.424,90 | 0,4 |
| PESSOAL E ENCARGOS | R\$ 444.303.003,78 | R\$ 0,00 | R\$ 444.303.003,78 | 61,6 |
| OUTRAS DESPESAS CORRENTES | R\$ 25.273.410,34 | R\$ 0,00 | R\$ 25.273.410,34 | 3,5 |
| INVESTIMENTO | R\$ 0,00 | R\$ 7.551.697,04 | R\$ 7.551.697,04 | 1,1 |
| TOTAL | R\$ 686.647.773,35 | R\$ 34.314.085,27 | R\$ 720.961.858,62 | 100 |

Fonte: SIOFINET

Tabela 31 – Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás - 2011

| DEMONSTRATIVO DE DESPESA COM SAÚDE EM 2011-RECURSOS DO TESOURO ESTADUAL | | | | |
|--|---------------------------|-----------------------|---------------------------|------------|
| | | | | |
| ATENÇÃO BÁSICA | R\$ 47.877.757,50 | R\$ 0,00 | R\$ 47.877.757,50 | 6,5 |
| ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL | R\$ 159.050.980,71 | R\$ 522.199,16 | R\$ 159.573.179,87 | 21,6 |
| VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | R\$ 5.837.204,85 | R\$ 0,00 | R\$ 5.837.204,85 | 0,8 |
| PESSOAL E ENCARGOS | R\$ 503.064.433,89 | R\$ 0,00 | R\$ 503.064.433,89 | 68,8 |
| OUTRAS DESPESAS CORRENTES | R\$ 13.693.010,93 | R\$ 0,00 | R\$ 13.693.010,93 | 1,8 |
| INVESTIMENTO | | R\$ 378.680,09 | R\$ 378.680,09 | 0,5 |
| TOTAL | R\$ 729.523.387,88 | R\$ 900.879,25 | R\$ 730.424.267,13 | 100 |

Fonte: SIOFINET (até o 5º bimestre)

A Tabela 31 apresenta os recursos do tesouro estadual aplicados na área de saúde, em 2011. Verifica-se um baixo investimento na Atenção Básica (ESF, assistência farmacêutica e capacitações), enquanto porta de entrada do cidadãos no Sistema de Saúde e a participação do estado no cofinanciamento desta.

A Secretaria Estadual de Saúde, em 2007, por meio da Portaria nº 37, instituiu o cofinanciamento 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, o que corresponde a apenas 3% de cofinanciamento do governo estadual na área, dos 12% que o estado aplica no setor saúde.

Para o recebimento deste incentivo estadual, o gestor municipal deve assinar um Termo de Compromisso, garantindo que as Equipes de Saúde da Família cumprirão as recomendações da Portaria nº. 648/GM/MS de 28 de março de 2006, obedecendo à lógica da mudança de modelo de Atenção à Saúde, atingindo as metas pactuadas em alguns indicadores de saúde.

Verifica-se que a partir de 2007 até 2010, houve um incremento no percentual de recursos do tesouro estadual destinados à Atenção Básica, seguido de uma queda brusca no período de 2010 à 2011 de menos 8,37%. O que pode ser justificado pelas condições financeiras do Estado, encontradas pelo novo Governo.

Em contrapartida, nesse mesmo período constatou-se um aumento dos recursos destinados à assistência hospitalar e ambulatorial de 13,14%. Vale ressaltar que a Gestão Municipal de Goiânia, nesse período não vinha fazendo o repasse de recursos ao Fundo Estadual de Saúde dos procedimentos realizados pelas Unidades da SES, oriundos do MS, razão pela qual o estado teve que assumir com recursos do Tesouro Estadual para que não houvesse colapso total do sistema, inclusive de fechamento de Unidades Hospitalares de referência estadual.

Desta forma, acredita-se que é possível melhorar essa tabela no próximo quadriênio, desde que os investimentos na Atenção Primária alcancem, pelo menos, 15% do total previsto pela Lei Complementar 141 que o estado deve investir na Saúde. No entanto, todos têm que ter a compreensão de que, a médio e longo prazo, conseguir-se-á reduzir internações de alta complexidade, se mais recursos forem injetados na baixa e média complexidade. Mas, para isso, todos os gestores do SUS (estadual e municipais), as instâncias colegiadas e o controle social precisam estar imbuídos da necessidade de superação desse grande desafio – reforçando a mudança de modelo da atenção à saúde da população goiana.

Além desses repasses regulares, garantidos pela legislação vigente, existem outras fontes que a gestão estadual do SUS pode buscar junto ao MS, seja a SES ou SMS para ampliar e reforçar suas ações, sejam elas para atividades de qualificação permanente dos profissionais, melhorias da rede de atenção à saúde e investimentos em sua infraestrutura, entre essas, construções e adequações de Unidades Saúde, aquisições de equipamentos etc. Da mesma forma a SES pode fazer parcerias com entidades filantrópicas para repasses de recursos, fomentando ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação. No entanto, muitas vezes se encontra engessada pelos processos burocráticos, internos e externos, que inviabilizam a sua consecução, perdendo, inclusive, recursos federais já destinados ao estado.

Em relação aos repasses fundo a fundo para Vigilância em Saúde é obedecido o que foi celebrado nas portarias ministeriais. A Portaria nº. 399/GM (2006) 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 Vigilância em Saúde (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 compõem o bloco Vigilância em Saúde - Teto Financeiro de VISA (TF), 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 vigilância assumidas pelo estado e para a coordenação e acompanhamento das vigilâncias 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 (piso estratégico).

Em virtude do novo Decreto nº 7508/2011 do MS, o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), dos Pactos pela Saúde, foi substituído pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), onde as responsabilidades dos gestores quanto à organização, execução das ações e serviços de saúde e financiamento do sistema deverão ser contempladas.

No COAP, o Ministro da Saúde, o Governador do Estado e o Secretário de Estado da Saúde, juntamente com os Prefeitos Municipais e todos os Secretários de Saúde da Região de Saúde deverão assinar, assumindo, conjuntamente, o compromisso de organizarem de maneira compartilhada as ações e os serviços de saúde, comprometendo-se a garantirem o

conjunto de ações e serviços de saúde, mediante uma gestão responsável e comprometida com as necessidades de saúde da população.

1.4.5 - PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

O controle das políticas públicas deve ocorrer mediante a participação social nos **Conselhos de Saúde**, estaduais ou municipais e nas **Conferências da Saúde**. Direitos esses garantidos à população, na Lei 8.142/1990.

A Lei Complementar 141/2012 traz em seu Art. 41 que “os Conselhos de Saúde deverão avaliar a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar, nas condições de saúde e na qualidade dos serviços prestados à população. Mediante a avaliação, retornar ao gestor de saúde relatório indicando as medidas que deverão ser tomadas caso necessário”.

No Estado, os Conselhos de Saúde (estadual e municipais) apresentam-se muito frágeis. Cabe a gestão estadual/municipal oferecer e garantir as condições de infraestrutura (espaço físico; recursos humanos e insumos e tecnologias) para o pleno funcionamento dos Conselhos, *assim como a capacitação permanente dos seus conselheiros, como compromisso dos gestores do SUS para fortalecimento dos processos democráticos e da gestão participativa.*

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/1990), a Política Nacional de Relações de Consumo tem o objetivo de atender às necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, **Saúde** e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo (Art. 4º).

O reconhecimento da vulnerabilidade do cidadão na relação com o mercado de saúde, estritamente no aspecto de serviços de saúde, converge para o dever, constitucional, do Estado, em garantir a saúde através do acesso universal e igualitário a ações integrais de saúde.

O Decreto 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, enfatiza a necessidade de avaliar o desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Os critérios para avaliação de resultados e a forma de monitoramento permanente deverão ser definidos no COAP. O Decreto determina, ainda, que sejam estabelecidas estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria e que o controle e a fiscalização sejam executados pelo Sistema Nacional de Auditoria, sendo o seu componente estadual, a Gerência de Auditoria.

Diante do exposto, reforça-se a importância de implementar as ações de Avaliação do SUS e fortalecer as ações de auditoria, desenvolvidas pela Superintendência de Controle e Avaliação Técnica em Saúde (SCATS), devido à sua grande importância, no que se refere à

manutenção da qualidade dos serviços prestados à população.

O Código de Defesa do Consumidor também cita como direito básico do consumidor, a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos (Art. 6º, Inciso I), nesta área é de relevante importância a atuação da Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa).

Outro aspecto relevante para os serviços de saúde, citados no Código de Defesa do Consumidor, refere-se ao direito de reclamar de vícios e problemas encontrados pelo cidadão nos serviços prestados e produtos adquiridos (Art. 26), o inciso I do referido artigo versa que: “a reclamação formulada pelo consumidor, perante o fornecedor de produtos e serviços, deverá receber uma resposta, transmitida de forma inequívoca”; papel esse da responsabilidade da Ouvidoria.

Na SES, a Ouvidoria foi implantada em 2007, sem constar no organograma e, em 2011, passou a fazer parte da estrutura organizacional enquanto Gerência da Ouvidoria, vinculada ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.

As unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde (SES), as regionais de saúde, algumas Superintendências da SES e Secretarias Municipais de Saúde, constituem a rede da ouvidoria. O objetivo da rede é proporcionar ao cidadão maior agilidade na resposta às suas manifestações e demandas junto aos órgãos gestores de saúde. Uma vez que é atribuição da Gerência de Ouvidoria, não só acolher as manifestações dos cidadãos (usuários, profissionais de saúde e gestores), mas, também, buscar respostas e soluções à estas demandas, mediando conflitos que possam existir.

Atualmente, a Gerência da Ouvidoria possui espaço físico e recursos humanos limitados, o que diminui o índice de resolutividade da nossa rede que, hoje encontra-se em 52,03%, devendo atingir 60%, conforme programa de Qualificação das Ouvidorias do Ministério da Saúde.

Os próximos passos para melhoria da rede será a implantação do teleatendimento, com aumento espaço físico disponível e dos recursos humanos, uma vez que a melhoria do espaço físico favorecerá o acolhimento do cidadão, dando-lhe privacidade para o registro de demandas, pessoalmente, bem como o acesso às linhas telefônicas gratuitas.

São canais de entrada de manifestações disponibilizados pela Ouvidoria do SUS, a linha telefônica de discagem gratuita – 08006433700; Correios; *Internet* ou Atendimento Presencial.

No ano de 2011, foram registradas 1128 demandas, destas, 1118 foram classificadas por assunto. As dez demandas que não foram classificadas referem-se a alguma falha de ordem técnica. A análise dos principais assuntos demandados pelos cidadãos goianos, apontam como principais problemas: a Gestão, a Assistência à Saúde e a Assistência Farmacêutica. Dentro do assunto Gestão o subassunto responsável pelo maior número de demandas refere-se ao RH, seguido pelas demandas relacionadas ao Estabelecimentos de Saúde. Vale ainda ressaltar que das 293 demandas do assunto – Recursos Humanos – 130 referem-se à insatisfação da população com os servidores da saúde. Outro assunto relevante no grupo Gestão, refere-se ao Estabelecimento de Saúde (130 demandas), e a dificuldade de acesso à ele (74 demandas), representando aproximadamente 57% do grupo.

Com relação ao Assunto Assistência à Saúde, os dois principais tópicos são: Cirurgia e Consultas/Tratamentos, subassuntos que também representam a dificuldade de acesso do cidadão. Por fim, com relação à Assistência Farmacêutica os principais tópicos abordados referiam-se à medicamentos da atenção básica, estratégicos e especializados, representando mais de 50% do total das demandas registradas na Ouvidoria.

Um grande desafio para a SES e para as Secretarias Municipais de Saúde é fazer com que a Ouvidoria seja efetivamente implantada e que todos os setores internos sejam responsabilizados para atender as demandas da população, respondendo em tempo hábil as suas necessidades.

Este problema pode ser minimizado a partir da elaboração dos processos de trabalho e a formalização dos fluxos internos e externos das demandas registradas na Ouvidoria, bem como, da sensibilização dos Diretores de Unidades, Superintendentes, Gerentes da Secretaria de Estado da Saúde e dos Secretários Municipais de Saúde.

2 – OBJETIVO, DIRETRIZES E METAS

2.1 – OBJETIVO E DIRETRIZES

O objetivo do Plano Estadual de Saúde/ PES é promover uma análise da situação atual da saúde no Estado de Goiás e propor para o próximo quadriênio diretrizes e metas a serem seguidas, visando o alcance das condições necessárias para o pleno funcionamento do Sistema Único de Saúde e da melhoria da qualidade de vida da população goiana.

Para alcançar esse objetivo no período de 2012 a 2015 o PES será orientado por 14 diretrizes e por um conjunto de metas a serem acompanhadas.

Diretriz 1. Aprimoramento da Atenção Primária como porta de entrada do SUS, com maior aporte de recursos estaduais, para as áreas de vazios assistenciais e municípios que organizem suas redes de atenção, facilitando o acesso da população as ações e serviços de saúde.

Diretriz 2. Implantação/implementação de Políticas de Promoção à Saúde de forma articulada com outros setores para a prevenção doenças e agravos, mediante a elaboração de normas e intervenções que favoreçam condutas e ambientes saudáveis e busquem a reorientação do sistema e dos serviços de saúde.

Diretriz 3. Fortalecimento das ações de vigilância em saúde junto aos municípios, visando à redução de riscos e danos à saúde da população.

Diretriz 4. Implantação de instrumentos de monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde no estado.

Diretriz 5. Fortalecimento da participação e do controle social em saúde.

Diretriz 6. Desenvolvimento da capacidade institucional de planejamento e avaliação, utilizando a análise da situação de saúde para identificar e definir prioridades no âmbito do estado.

Diretriz 7. Ampliação da capacidade técnica e institucional para, junto aos municípios, auditar os sistemas e serviços de saúde e fazer cumprir as leis e normas do SUS.

Diretriz 8. Implantar Políticas e Estratégias de desenvolvimento organizacional da SES, conferindo maior capacidade institucional para melhor desempenho das suas competências e maior cooperação com os municípios.

Diretriz 9. Desenvolvimento de estratégias para a melhoria da qualidade da força de trabalho na SES e para o SUS.

Diretriz 10. Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde.

Diretriz 11. Garantia de Assistência Farmacêutica.

Diretriz 12. Implementação de ações de inovação tecnológica em saúde.

Diretriz 13. Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.

Diretriz 14. Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS.

Diretriz 15. Implementação de ações de comunicação para o fortalecimento das políticas públicas em saúde.

2.2 – DIRETRIZES E METAS

Diretriz 1. Aprimoramento da Atenção Primária como porta de entrada do SUS, com maior aporte de recursos estaduais, para as áreas de vazios assistenciais e municípios que organizem suas redes de atenção, facilitando o acesso da população as ações e serviços de saúde.

Metas

Ampliar de 61,8% para 80% a cobertura populacional com Equipes Saúde da Família, passando de 1.159 equipes em 2011 para 1.500 até 2015.

Ampliar o percentual gasto em saúde, referente ao financiamento da Atenção Primária, passando de 6,5% (R\$ 47.877.757,50) da aplicação do total dos recursos do tesouro estadual para no mínimo 12% (R\$ 88.389.706,15) ao ano, prioritariamente, para os municípios do Entorno do DF, do Nordeste Goiano e municípios que aderirem e seguirem ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos serviços prestados pelas Equipes Saúde da Família (PMAQ-AB/MS);

Ampliar o número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), passando de 53 unidades em 2011 para 100 até 2015;

Adquirir 10.000 'Álbuns Família Brasileira Fortalecida';

Elaborar e confeccionar 2.500 unidades do Manual de Condutas Médicas para profissionais médicos das Unidades Básicas de Saúde;

Realizar junto às regionais de saúde as 12 Oficinas de Planificação da Atenção Primária para municípios;

Implantar/implementar o Plano Operativo Estadual em 12 das Unidades Socioeducativas para adolescentes privados de liberdade no Estado de Goiás;

Implantar/implementar e desenvolver estratégias de utilização da Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) nos 246 municípios goianos;

Reduzir a mortalidade materna de 48,64/100.000 N.V em 2010 para no mínimo 40/100.00 NV até 2015;

Aumentar o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, passando de 828 em 2011, para 951 (15%) até 2015;

Ampliar o número de municípios com Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Equipe de Saúde da Família (ESF), passando de 243 para 246 municípios no estado;

Implantar a assistência odontológica nos dois 'Consultórios de Rua' existentes;

Aumentar o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF da Região Norte de Goiás, passando de 29 para 38;

Reduzir a taxa de mortalidade infantil no estado de 12,75/1000 nascidos vivos em 2011, passando para 12,5/1000 nascidos vivos até 2015;

Elaborar e distribuir 100.000 unidades de material educativo de saúde bucal para Equipes de Atenção Primária;

Fornecer 3.312.000 kits de saúde bucal (escova e dentifrício fluoretado) para as 828 Equipes de Saúde Bucal implantadas da ESF.

Ampliar em 30% a adesão ao registro do estado nutricional e consumo alimentar da população no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em 100% das Unidades Básicas de Saúde;

Diretriz 2. Implantação/implementação de Políticas de Promoção à Saúde de forma articulada com outros setores para a prevenção doenças e agravos, mediante a elaboração de normas e intervenções que favoreçam condutas e ambientes saudáveis e busquem a reorientação do sistema e dos serviços de saúde.

Metas

Realizar uma campanha de prevenção ao uso indevido de álcool/drogas com a confecção de folders, cartazes, camisetas, bonés, 'squeze' e campanhas publicitárias no rádio, televisão, internet e outdoors;

Confeccionar 100.000 folders para divulgação da Rede de Atenção Psicossocial;

Implementar a Política de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes nos 246 dos municípios;

Implementar o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (PSE) nos 116 municípios, com projetos pactuados junto ao Ministério da Saúde;

Realizar inclusão e manutenção no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) das nove Unidades Socioeducativas já em funcionamento e as novas que serão implantadas;

Instituir/implantar a Política Estadual de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em Goiás até 2015;

Implantar a fiscalização do cumprimento da legislação sobre ambientes livres de fumo através das vigilâncias sanitárias nos 246 municípios do Estado de Goiás até 2015;

Implementar em todos os municípios goianos (246) as políticas para valorização das mulheres e igualdade de gênero;

Implantar as práticas de Atenção Integral ao Adolescente Privado de Liberdade nas 12 das Unidades Socioeducativas;

Implantar as Políticas de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade na Atenção Primária à Saúde nos nove municípios com Unidades Socioeducativas;

Mudar o modelo de Atenção à Saúde ao Adolescente Privado de Liberdade nas 12 Unidades Socioeducativas, passando do modelo curativo para um modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde do estado;

Ampliar o número de Hospitais Amigos da Criança, que incentivam o aleitamento materno, passando de 20 unidades em 2011 para 22 até 2015;

Realizar três campanhas educativas anuais relacionadas às ações de Atenção à Saúde da Criança – Semana Mundial da Amamentação (1 a 7 de agosto), Dia Nacional da Doadora de Leite Humano (19 de Maio) e Dia Nacional contra a violência e a exploração sexual de

crianças e adolescentes (18 de Maio);

Implantar a Estratégia AIDPI Neonatal em pelo menos uma das Equipes de Saúde da Família da Região do Entorno do DF, nos oito municípios do Entorno Norte e nos sete do Entorno Sul;

Apoiar a implantação do projeto “Salas de Apoio à Amamentação para a Mulher Trabalhadora” em quatro empresas goianas;

Implantar a Estratégia AIDPI Neonatal em pelo menos uma das Equipes de Saúde da Família nos cinco municípios da Região Nordeste I e nos 11 municípios da Região Nordeste II;

Implantar a Estratégia AIDPI Neonatal em pelo menos uma das Equipes de Saúde da Família da Região Oeste Goiano;

Implantar a Rede Amamenta e Alimenta Brasil em dez Unidades Básicas de Saúde da Região Oeste Goiano;

Implementar o Método Canguru nos hospitais: Materno Infantil - Goiânia e Santa Casa de Anápolis, com Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN);

Implantar uma das etapas do Método Canguru nos hospitais públicos ou filantrópicos com Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) em Ceres, Itumbiara e Goiânia;

Implantar a Estratégia AIDIPI Neonatal para as Equipes de Saúde da Família da Região Metropolitana de Goiânia em 50% dos municípios;

Implementar a Linha de Cuidado à Criança em situação de violência nos municípios da Região Metropolitana de Goiânia;

Implantar/implementar serviços de saúde no Sistema Penitenciário nos municípios aptos, passando de dez em 2011 para 44 em 2015;

Cooperar técnica e financeiramente com os municípios que implantarem o Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário (POESSP);

Repassar, em tempo hábil, 100% do incentivo financeiro recebido pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento das ações de saúde no Sistema Penitenciário à Secretaria de Segurança Pública e Justiça;

Repassar à Secretaria de Segurança Pública e Justiça, com recursos do tesouro estadual a contrapartida de 20% do valor repassado pelo MS para desenvolvimento das ações de saúde no Sistema Penitenciário;

Cumprir as cláusulas do convênio com a Secretaria de Segurança Pública no que diz respeito ao fornecimento de no mínimo 80% dos insumos/medicamentos e correlatos para as ações de saúde do Sistema Penitenciário até 2013, chegando a 100% até 2015;

Definir um instrumento para o monitoramento e avaliação das Políticas e/ou Serviços de Saúde implantados para a População Negra, o Índio, o Homem, o Idoso, a Pessoa com Deficiência, DST/Aids e Saúde no Sistema Penitenciário;

Realizar quatro campanhas educativas/informativas de prevenção as DST/HIV/Aids;

Implantar/implementar a Política de Saúde do Idoso, do Negro e do Homem nos 246 municípios do estado;

Ampliar a adesão dos municípios ao Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), passando de 116 municípios em 2011 para 172 até 2015;

Ampliar de 80 para 85% cobertura vacinal antirrábica animal;

Implantar a vigilância e o tratamento do tracoma para crianças de um a nove anos de idade e/ou população em idade escolar e seus contatos em 18 municípios prioritários;

Implantar o Plano Estadual de Combate à Febre Amarela;

Implantar o Plano Estadual Intersetorial de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs);

Reduzir a prevalência de tabagismo em 0,5% ao ano até 2015, passando de 11% em 2011 para 9% em 2015;

Instituir a Política Estadual de Saúde do Trabalhador;

Instituir a Política Estadual de Alimentação e Nutrição em Goiás até 2015;

Ampliar de 20% para 70% o percentual de municípios com atendimento ao tabagista, passando de 50 para 170 municípios.

Diretriz 3. Fortalecimento das ações de vigilância em saúde junto aos municípios, visando à redução de riscos e danos à saúde da população.

Metas

Ampliar o controle de vetores para os agravos prioritários (dengue, febre amarela, doença de chagas, malária e leishmaniose) no Estado de Goiás até 2015;

Ampliar o número de Centros Testagem e Aconselhamento (CTAs) nos municípios, passando de 16 CTAs em 2011 para 27 até 2015;

Implantar teste rápido para triagem de hepatites virais B e C nos 17 CTAs existentes até 2013;

Implantar o Programa Estadual de Prevenção e Controle de Febre Maculosa Brasileira, Epizootias, Febre do Nilo Ocidental, Micoses Sistêmicas, Doença de Chagas Crônico e Varíola Bovina em Goiás até 2015;

Ampliar a adesão dos municípios para implantação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro no Estado de Goiás, passando de 70% em 2011 para 100 % até 2015;

Ampliar a cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A para 100% dos municípios de Goiás até 2015, iniciando a implantação nos 52 municípios prioritários pertencentes ao Plano Brasil sem Miséria em 2012;

Ampliar o percentual de testagem para HIV de 59,3% para 85% em pacientes com diagnóstico de tuberculose;

Reduzir a taxa de incidência de HIV/Aids na população acima de 50 anos de 4,6/100.000 habitantes em 2010 para 2,6/100.000;

Manter a incidência de Aids em menores de 5 anos, menor que 0,5 caso para cada 100.000 habitantes;

Manter a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano, menor que 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos;

Apoiar tecnicamente os municípios para o controle do flúor na água para consumo em 186 municípios, com fluoretação na água de abastecimento;

Reduzir o percentual de óbitos por causas mal definidas no estado, passando de 5,9% em 2011 para menos de 5% até 2015;

Alcançar cobertura vacinal, preconizada pelo Ministério da Saúde nas campanhas de vacinação, no mínimo em 80% dos municípios do Estado de Goiás.

Alcançar cobertura vacinal adequada, segundo Ministério da Saúde, de todas as vacinas do Calendário Básico de Vacinação da criança em 70% dos municípios do Estado de Goiás;

Descentralizar as ações de vigilância pós-comercialização e uso de produtos sujeitos às

ações de Vigilância Sanitária nos municípios goianos com população acima de 100.000 habitantes;

Descentralizar o monitoramento da qualidade de alimentos em 30% dos municípios, passando de 38 municípios que realizam o monitoramento em 2011 para 73 municípios até 2015;

Promover a pactuação na CIB para que no mínimo 30% dos municípios assumam ações de Vigilância Sanitária de médio e alto risco;

Ampliar de seis para oito o número de núcleos de vigilância em âmbito hospitalar;

Implantar o Programa Estadual de Monitoramento da Qualidade dos Medicamentos Manipulados em 40% das farmácias de manipulação nos Municípios de Goiânia, Anápolis e Aparecida de Goiânia, totalizando 96 estabelecimentos monitorados;

Implantar o Programa Estadual de Monitoramento de Medicamentos, com princípios ativos mais utilizados por crianças e idosos nos Municípios de Goiânia, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Itumbiara e Catalão;

Instituir o Comitê Estadual de Investigação de Eventos Adversos de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;

Reduzir em 10% os casos de óbitos por dengue, passando de 51 óbitos em 2011 para 33 óbitos até 2015;

Reduzir em 25% a letalidade dos casos de dengue, passando de 11% para 7,25%;

Implantar a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos em Municípios prioritários: Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Campos Belos, Catalão, Ceres, Formosa, Goiás, Iporá, Itumbiara, Jataí, Luziânia, Porangatu, Rio Verde, São Luís dos Montes Belos e Uruaçu;

Elaborar e implantar o Plano de Contingência em Desastres Ambientais pelo Comitê Estadual de Saúde em Desastres Naturais;

Implantar um novo Laboratório de Referência Macrorregional;

Implantar dez novas tecnologias nas áreas de Vigilância em Saúde;

Ampliar a capacidade laboratorial na vigilância de qualidade da água para consumo humano de uma região em 2011 para cinco regiões até 2015;

Aumentar em 50% o monitoramento da qualidade da água para o consumo humano no estado, passando de 10.000 procedimentos/ano em 2011 para 15.000 procedimentos/ano em 2012 até 2015, perfazendo um total de 60.000 amostras de água;

Aumentar em 20% o monitoramento de produtos e serviços expostos ao consumidor por meio de ensaios laboratoriais, passando de 20.000 procedimentos/ano em 2011 para 24.000 procedimentos/ano em 2012 até 2015, perfazendo um total de 96.000 procedimentos laboratoriais;

Diagnosticar e monitorar doenças e agravos de interesse em saúde pública, perfazendo um total de 650.000 ensaios laboratoriais até 2015;

Ampliar a descentralização de ensaios de interesse em saúde pública em mais de dez laboratórios municipais ou regionais até 2015;

Ampliar a supervisão de laboratórios descentralizados, com serviços de interesse em saúde pública, de 15 em 2011 para 20 laboratórios/ano em 2012 até 2015, perfazendo um total de 80 laboratórios;

Manter em 85% a cobertura das ações de controle da hanseníase nos 246 municípios;

Reduzir de 5% para 4% o número de casos de hanseníase com grau dois de incapacidades no diagnóstico e na cura;

Aumentar o percentual de 71% para 85% de cura para os casos de tuberculose;

Ampliar de 57% para 80% o percentual dos casos novos de tuberculose pulmonares bacilíferos em tratamento diretamente observados;

Aumentar de 83% para 90% o percentual de contatos examinados dos casos de tuberculose pulmonar bacilíferos em relação aos registrados;

Ampliar de 90% para 100% a cobertura das ações de controle da tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde;

Investigar 100% dos óbitos maternos;

Investigar no mínimo 90 nos óbitos em mulheres em idade fértil;

Investigar no mínimo 60% dos óbitos fetais e infantis;

Aumentar em 10% a cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) nos municípios;

Aumentar em 5% a cobertura do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) nos municípios;

Apoiar os municípios de Goiânia na implantação do Projeto Vida no Trânsito, como parte de uma Política Nacional de Trânsito, de forma articulada com outros setores, visando à redução de óbitos e lesões, reforçando as ações de vigilância e prevenção de acidentes no trânsito, com recursos garantidos pelo Ministério da Saúde;

Implantar em 22 Municípios com maiores índices de morbimortalidade por acidente de trânsito o Observatório de Mobilidade e Saúde Humanas até 2015, com o objetivo de redução dos índices;

Realizar capacitação em Vigilância em Saúde e suas especificidades para os profissionais das Unidades Regionais de Saúde e Municípios;

Realizar curso de Vigilância em Saúde, em módulos, para os profissionais das Unidades Regionais de Saúde e Municípios;

Rever o Código Sanitário Estadual e submetê-lo à aprovação da Assembleia Legislativa Estadual;

Ampliar a notificação de violência nos municípios, passando de 63 municípios em 2011 para 246 até 2015;

Promover campanhas educativas relativas à Vigilância em Saúde nas respectivas datas pontuais;

Cooperar com as instâncias municipais para elaboração e apresentação de trabalhos científicos em saúde.

Diretriz 4. Implantação de instrumentos de monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde no estado.

Metas

Estabelecer padrões para monitorar e avaliar, anualmente, a qualidade dos serviços de atenção primária nos 246 municípios;

Estabelecer padrões para monitorar e avaliar, anualmente, a qualidade de serviços de média e alta complexidade;

Realizar uma chamada nutricional para crianças de zero a cinco anos de idade;

Desenvolver e implantar um instrumento de monitoramento para as ações do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, que devem ser executadas nas Instituições de Ensino conjunto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), no mínimo em 50% das escolas que implantaram o projeto;

Monitorar e avaliar a implantação/implementação dos dez passos sobre aleitamento materno nos 20 hospitais com o título de Hospitais da Iniciativa Amigo da Criança;

Monitorar a gestão da assistência farmacêutica nos 246 municípios, por meio de questionário, conforme definido pela OMS-OPAS até 2015;

Avaliar o impacto das ações sobre os indicadores (Caderneta de Saúde do Adolescente - CSA e Plano Operativo estadual - POE) nas 17 das Regionais de Saúde e divulgar os resultados;

Realizar análise situacional em nove municípios que possuem Unidades Socioeducativas, para a conformação das Redes de Atenção à Saúde para Adolescentes Privados de Liberdade;

Utilizar o georreferenciamento para mapear os serviços de mamografia, medicina nuclear e radioterapia no estado;

Realizar o cadastramento dos aparelhos de radiodiagnóstico médico e odontológico nos 246 municípios;

Identificar e cadastrar no mínimo 80% das comunidades terapêuticas no estado;

Monitorar 100% da água utilizada nos serviços de terapia renal substitutiva;

Monitorar 100% dos serviços de mamografia;

Avaliar 100% das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) existentes no estado;

Georreferenciar 50% das áreas de risco ambiental do estado, com impacto na saúde pública;

Ampliar em 40% o controle de vetores dos agravos prioritários no Estado de Goiás;

Implantar instrumento de monitoramento do Plano de Enfrentamento das DANT's;

Apoiar e monitorar os municípios com projetos de promoção da saúde implantados;

Monitorar as ações de prevenção e controle do vetor da dengue em 99 dos 246 municípios do estado, que foram classificados como de alto risco para epidemia da doença, com incidência maior que 300 casos por 100 mil habitantes; nos 86 classificados como de médio risco com incidência entre 100 a 300 casos /100.000 habitantes; e nos 53 de baixo risco, com incidência abaixo de 100 casos/100.000 habitantes.

Diretriz 5. Fortalecimento da participação e do controle social em saúde

Metas

Garantir infraestrutura adequada ao Conselho Estadual de Saúde (móveis, equipamentos de informática e comunicação social, sala de reuniões de conselheiros e acesso a meio de transporte), propiciando a realização das ações do mesmo;

Garantir a realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde;

Implantar o Projeto de Ouvidorias Descentralizadas nas Unidades Hospitalares sob a Gestão das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e da Rede Estadual.

Diretriz 6. Desenvolvimento da capacidade institucional de planejamento e avaliação, utilizando a análise da situação de saúde para identificar e definir prioridades no âmbito do estado.

Metas

Consolidar e apresentar quatro Programações Anuais de Saúde (PAS), referentes ao período de 2012 a 2015 e submetê-las à apreciação e aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Consolidar e apresentar quatro Relatórios Anuais de Gestão (RAG), referentes ao período de 2012 a 2015 e submetê-los à apreciação e aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Elaborar 12 Relatórios Circunstanciados dos anos de 2012 a 2015 – Lei Complementar 141/2012, art.36;

Elaborar e monitorar o PPA 2012 / 2015;

Elaborar quatro orçamentos anuais da SES-GO no período 2012/2015;

Atender 100% da demanda de pedidos de abertura de créditos adicionais;

Elaborar e encaminhar quatro Relatórios de Gestão Governamental no período 2012/2015;

Apoiar a implantação e implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAPS) no mínimo em 85% dos municípios goianos até 2015;

Confeccionar 1.000 unidades do Plano Estadual de Saúde de Goiás 2012-2015.

Diretriz 7. Ampliação da capacidade técnica e institucional para, junto aos municípios, auditar os sistemas e serviços de saúde e fazer cumprir as leis e normas do SUS.

Metas

Monitorar os 246 municípios goianos e seus Conselhos Municipais no Sistema de Apoio a Construção do Relatório Anual de Gestão do SUS (SARGSUS);

Elaborar uma agenda de capacitação permanente em Sistema de Planejamento do SUS, voltada aos 246 municípios goianos de forma articulada com a SEST/SUS, CES e COSEMS, visando capacitar gestores e técnicos estaduais e municipais no uso de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação;

Cadastrar os 246 gestores das Secretarias Municipais de Saúde no Sistema de Apoio a Construção do Relatório Anual de Gestão do SUS (SARGSUS);

Cadastrar 246 Conselhos Municipais de Saúde no Sistema de Apoio a Construção do Relatório Anual de Gestão do SUS (SARGSUS);

Apoiar tecnicamente as 12 Unidades Socioeducativas quanto à inclusão e manutenção no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES);

Promover a assinatura dos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAPS), com definição de responsabilidades recíprocas nos 246 municípios;

Constituir e manter um Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) para implementar a Atenção à Saúde de Adolescente Privado de Liberdade no Estado de Goiás;

Implantar o controle de qualidade dos exames de citologia do colo do útero, mamária e das mamografias em 80% dos prestadores de serviço dos municípios da Região Nordeste Goiano;

Implantar o controle de qualidade dos exames de citologia cervicouterino, mamária e mamografias em 80% de serviços que atendem a Região Norte de Goiás;

Implantar o controle de qualidade dos exames de citologia do colo do útero, mamária e mamografias em 80% dos prestadores que atendem os municípios da Região do Entorno do DF;

Implantar nos municípios o controle de qualidade dos exames de citologia cervicouterino, mamária, e mamografias em 80% dos municípios da Região Oeste Goiano;

Realizar auditorias nos sistemas e serviços de saúde do estado referentes ao período de 2012 até 2015;

Realizar auditorias em 100% dos COAPS implantados nas regiões do estado referentes ao período de 2012 até 2015.

Diretriz 8. Implantar Políticas e Estratégias de desenvolvimento organizacional da SES, conferindo maior capacidade institucional para melhor desempenho das suas competências e maior cooperação com os municípios.

Metas

Adquirir sede administrativa para a SES que comporte todas as sete superintendências;

Reformar, adequando as estruturas prediais das Regionais de Saúde de Porangatu, Uruaçu, Ceres, Campos Belos, Luziânia, Catalão, Itumbiara, Rio Verde, Jataí e Iporá;

Adquirir sede administrativa para as Regionais de Saúde de Goiânia, Aparecida de Goiânia, São Luiz de Montes Belos, Anápolis, Formosa e Posse;

Concluir a construção do prédio da Rede de Frio da Central Estadual de Armazenamento de Imunobiológicos;

Adquirir novos equipamentos para a Central de Imunobiológicos e para as Regionais de Saúde (ar condicionado, freezer, geladeiras e gerador de energia);

Implantar duas Gerências de Unidades Regionais de Saúde: Centro Sul – Aparecida de Goiânia e a Nordeste II – Posse;

Adquirir computadores, estabilizadores, impressoras, modems, scanners, aparelhos de fax e telefones para as 17 Regionais de Saúde e quatro Núcleos de Apoio e Controle de Endemias de: Formosa, Morrinhos, Ceres e Jataí.

Construir um galpão para o Almoxarifado Central;

Substituir o gerador de energia do complexo do Almoxarifado Central da SES e da Escola de Saúde Pública;

Ampliar e adequar as dependências do Laboratório Central de Saúde Pública e de Entomologia;

Adequar as instalações da Gráfica da SES;

Construir e adequar a sede definitiva do Complexo Regulador Estadual;

Construir o Memorial sobre o Acidente Radioativo-Césio 137, facilitando o acesso da população e sociedades científicas goiana, brasileira e internacional ao acervo sobre a história do ocorrido em Goiás;

Criar a Superintendência de Planejamento Estratégico e Participativo na SES-GO;

Reformar a estrutura física da Central de Ultra Baixo Volume (UBV) para a execução de ações contra o vetor da dengue em períodos epidêmicos.

Diretriz 9. Desenvolvimento de estratégias para a melhoria da qualidade da força de trabalho na SES e para o SUS.

Metas

Implantar uma mesa de negociação, com participação das entidades representativas dos servidores e governo para a implantação de uma Política de Recursos Humanos para a SES e para o SUS e o Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos (PCCV) para a SES e contribuir para a construção dos PCCVs municipais;

Instituir a Secretaria Executiva da Comissão de Integração Ensino Serviço – CIES Estadual, na Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SEST/SUS), que coordenará o planejamento e definição de prioridades, na oferta de cursos de capacitação para os municípios, norteados pelos indicadores epidemiológicos, observando as iniquidades regionais, com a participação das demais superintendências, representantes do Conselho Estadual de Saúde, das Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS);

Desenvolver e implantar a Estratégia de Valorização dos Servidores da SES até 2013;

Desenvolver e implantar Estratégia de Preparação dos Servidores da SES a serem Aposentados.

Diretriz 10. Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde

Metas

Implantar novo modelo de gerenciamento das unidades hospitalares próprias, com financiamento estável, transferindo a gestão de seis unidades hospitalares da SES para Organizações Sociais de Saúde;

Desenvolver um instrumento padrão para monitorar e avaliar, periodicamente, os objetivos e as metas pactuadas, nas unidades hospitalares gerenciadas pelas OSS, buscando garantir a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados à população;

Adequar o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), para que venha cumprir 100% das normas de funcionamento, segundo o Ministério da Saúde;

Adequar a Rede de Frio da Central Estadual de Armazenamento de Imunobiológicos da SES e das sedes das 17 Gerências de Unidades Regionais de forma que cumpram 100% das normas para a armazenagem de imunobiológicos;

Desenvolver instrumentos de avaliação de satisfação dos usuários pertinentes às ações e serviços do SUS contemplados na atenção primária, média e alta complexidade;

Realizar pelo menos uma avaliação de no mínimo 30% das unidades hospitalares públicas, filantrópicas e privadas que prestam serviços para o SUS;

Reativar a Câmara Técnica de Avaliação da Atenção à Saúde;

Melhorar o desempenho dos 17 Complexos Reguladores Regionais;

Estabelecer padrões para monitorar e avaliar o desempenho das Redes Regionalizadas;

Realizar uma avaliação por macrorregional para verificar a cobertura e qualidade dos serviços da Hemorrede no estado;

Reformar a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes

(MNSL); Reformar a Creche Cantinho Feliz;

Reformar a Central de Odontologia de Goiânia.

Diretriz 11. Garantia de Assistência Farmacêutica.

Metas

Efetuar a revisão da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais a cada dois anos, compreendendo período de 2012 a 2015;

Implantar o serviço de referência de especialidades cujo tratamento esteja contemplado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Implantar um Centro de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis para pacientes portadores de hepatite até 2014;

Descentralizar o Componente Especializado em no mínimo seis Gerências de Unidades Regionais de Saúde;

Implantar a Coordenação de Assistência Farmacêutica em 75% das Regionais de Saúde, sendo três em 2013, quatro em 2014 e seis em 2015;

Monitorar a gestão da Assistência Farmacêutica nos 246 municípios, por meio de questionário, conforme definido pela OMS/Opas;

Demandar à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS, a inclusão de medicamentos para pelo menos 50% das patologias não contempladas nos programas existentes, cuja prescrição reporta aos medicamentos do componente especializado e com maior demanda judicial no estado de 2014 a 2015;

Repassar aos Fundos Municipais de Saúde dos 246 municípios de forma regular a contrapartida estadual da farmácia básica no valor de R\$ 2,00 por hab/ano, verificando valor pactuado na Comissão Intergestores Tripartite anualmente;

Repassar aos Fundos Municipais de Saúde dos 246 municípios a contrapartida estadual dos insumos para insulino-dependentes no valor de R\$ 1,00 hab/ano, verificando valor pactuado na Comissão Intergestores Tripartite anualmente;

Aumentar a contrapartida estadual da Farmácia Básica de R\$ 2,00 em 2011 para no mínimo R\$ 2,50 até 2015 e de insumos para insulino-dependentes de R\$ 1,00 hab/ano em 2011 para no mínimo R\$ 1,50 até 2015, para os municípios nas áreas mais vulneráveis e com baixa cobertura com ESF;

Adquirir medicamentos para o Programa de Saúde Mental, contemplando os 80 CAPS;

Atender 100% dos pacientes vivendo com HIV/Aids acompanhados pelos Serviços de Atendimento Especializado (SAE), com medicamentos para infecções oportunistas;

Garantir, regularmente, medicamentos para 180 pessoas vitimadas pelo acidente radioativo;

Garantir medicamentos para o atendimento de 100% dos pacientes cadastrados e ativos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (AF).

Diretriz 12. Implementação de ações de inovação tecnológica em saúde.

Metas

Definir, no novo Regulamento/ Regimento da SES (2012), a área responsável para desenvolver uma agenda de pesquisa e incorporação tecnológica em saúde e implementar a pesquisa e os Programas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que sejam capazes de regular a incorporação de tecnologias e fomentar atividades de pesquisa e desenvolvimento em saúde;

Implantar o Sistema de Informação em Saúde da Pessoa com Deficiência (SIS Deficiente) nos 246 municípios de Goiás;

Implantar e/ou implementar os Sistemas de informação em Saúde (Siscolo, Sismama e Sis prenatal), conduzindo-os à transição para versões Web no mínimo em 70% dos 246 municípios do estado, inicialmente nas Regiões do Entorno do DF, Nordeste e Norte;

Implantar novo Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) em 100% das salas de vacina do estado;

Ampliar o Sistema de Vigilância Alimentar (SISVAN) nas Unidades Básicas de Saúde em 100% dos municípios, passando de 155 para 246 municípios;

Implantar o SISHIPERDIA em 100% dos municípios do estado;

Garantir infraestrutura de equipamentos de tecnologia da informação adequada para trabalhar com grandes bancos de dados e informações georreferenciadas;

Adquirir e disponibilizar 283 Kits Conecta SUS, para todos os municípios, Superintendências da SES e outros serviços, visando a implantação do Centro de Informação, Comunicação e Operações em Saúde (CICOS) e Sistema Conecta SUS;

Otimizar a capacidade de 50 links de dados da SES, Cartão Inteligente;

Adequar e dimensionar 10 servidores da GTI e construir 20 DW, visando a integração dos Sistemas do DATASUS;

Melhorar o parque computacional da SES/GO, promovendo a aquisição de 1.500 computadores, projetores e notebooks;

Disponibilizar 40 Indicadores de Saúde no BI- Saúde;

Implantar um barramento de Informações em Saúde;

Implantar o Sistema de Registro Eletrônico (SIGASAÚDE) no estado;

Implantar 246 Sistemas de Registro Eletrônico (SIGASAÚDE) nos municípios;

Modernizar e digitalizar o acervo científico sobre o acidente com o Césio-137;

Realizar pelo menos um estudo epidemiológico da coorte das pessoas envolvidas diretamente no acidente radioativo;

Realizar pelo menos um estudo epidemiológico da coorte de descendentes das pessoas envolvidas diretamente no acidente;

Realizar pelo menos um estudo epidemiológico da coorte das pessoas envolvidas indiretamente no acidente;

Realizar um estudo biopsicossocial sobre os radioacidentados;

Realizar um Inquérito de fatores de risco para doenças não transmissíveis no Estado de Goiás até 2015;

Estruturar na SEST/SUS a plataforma para Ensino à Distância – EAD;

Realizar um inquérito de esquistossomose no Estado de Goiás até 2013.

Diretriz 13. Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde

Metas

Implementar a Rede de Atenção Oncológica – Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama nas cinco macrorregiões de saúde;

Tornar 28 maternidades referência para a Rede de Assistência às Mulheres, Crianças e Adolescentes em situação de Violência Doméstica e Sexual;

Implantar a Rede Cegonha (Rede Mamãe Goiana) na Região do Entorno do DF e Região Nordeste;

Implantar quatro Centros de Recuperação de Dependentes Químicos (CREDEQs), nos seguintes municípios: Morrinhos, Aparecida de Goiânia, Caldas Novas e Rio Verde;

Implantar a Rede de Assistência para Mulheres, Crianças e Adolescentes em situação de Violência Doméstica e Sexual da Região do Entorno do DF e Região Metropolitana de Goiânia;

Ampliar o número de municípios com unidades para o tratamento de tabagismo, passando de 38 municípios em 2011 para 91 até em 2015;

Implantar o Complexo Regulador Estadual;

Instituir Câmara Técnica de Elaboração do COAP, visando à orientação dos 246 municípios do Estado de Goiás;

Implantar a Rede de Atenção à Saúde Mental;

Implantar a Rede de Urgência e Emergência;

Implantar a Rede Amamenta e Alimenta Brasil em 10 municípios pólos a serem definidos;

Implantar a Rede de Oncologia, especialmente, relacionadas ao câncer de pulmão, próstata, mama e de colo de útero nas cinco macrorregiões;

Implantar a Política Estadual de Fortalecimento da Rede Hospitalar para o SUS, prioritariamente, reforçando as Unidades Hospitalares Filantrópicas e Públicas, com um maior aporte de recursos destinados ao incentivo e recuperação dessas unidades, aumentando a oferta de leitos de UTI de 527 para 633, sendo elas: Hospital São Pio X (Ceres), Hospital São Pedro de Alcântara (Goiás), Santa Casa de Misericórdia de Anápolis, Hospital Presbiteriano Dr. Gordon (Rio Verde), Hospital Sagrado Coração de Nerópolis, Hospital Municipal de Itaberaí, Hospital Municipal de Morrinhos, Hospital Municipal de Porangatu e Hospital Municipal de São Luís de Montes Belos, 1ª e 2ª etapas até 2013;

Implantar a Política Estadual de Fortalecimento da Rede Hospitalar para o SUS,

prioritariamente reforçando as demais Unidades Hospitalares, como: Santa Casa de Misericórdia de Catalão; Hospital e Maternidade São Marcos (Itumbiara), Hospital São Camilo (Formosa), Hospital Municipal Dr. Arquimedes Vieira de Brito (Posse) e Centro Médico Municipal Serafim de Carvalho (Jataí) até 2015;

Ampliar, dentro da Política Estadual de Fortalecimento da Rede Hospitalar para o SUS, a oferta de leitos hospitalares para a Microrregião Entorno Norte de 369 existentes em 2011, passando para 590 leitos até 2015;

Implantar três Centros de Referência de Saúde do Idoso;

Construir o Hospital de Urgência e Emergência da Região Noroeste de Goiânia (HUGO II);

Construir o Hospital da Mulher em Goiânia (HMUR);

Construir uma sede para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;

Adquirir, reformar e equipar o prédio para sede do Hospital de Uruaçu;

Concluir a obra e equipar o Hospital de Santo Antônio do Descoberto;

Reformar e ampliar o Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime –

Pirenópolis; Reformar e Ampliar o Hospital Geral de Goiânia – HGG;

Reformar e Ampliar o Hospital de Urgência e Emergência de Goiânia (HUGO);

Ampliar o Hospital de Urgência de Emergência de Anápolis (HUANA);

Reformar e ampliar a Central de Medicamentos de Alto Custo (CMAC) - Juarez

Barbosa; Construir o Hospital Materno Infantil em Luziânia;

Construir a sede definitiva do Complexo Regulador Estadual;

Reformar e ampliar o Hospital de Doenças Tropicais (HDT);

Ampliar o número de leitos existentes no Hospital de Doenças Tropicais, passando de 126 leitos em 2011 para 170 até 2015;

Ampliar o número de leitos existentes no Hospital de Doenças Tropicais, referentes à Unidade de Terapia Intensiva Adulto, passando de 10 leitos para 20 até 2015;

Implantar 30 leitos de isolamentos pediátricos no Hospital de Doenças Tropicais até 2015;

Ampliar de dez para 15 leitos pediátricos no Hospital de Doenças Tropicais até

2015; Construir 20 Unidades de Assistência Médica Especializada (UAMES);

Realizar pelo menos uma avaliação, de base municipal, sobre o acesso da população

aos serviços de saúde na Atenção Primária nos 246 municípios, baseada nos pactos e compromissos assumidos;

Realizar pelo menos uma avaliação, de base municipal, sobre o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade nos 246 municípios, de maneira que venha servir para a revisão da programação da assistência, da regionalização, das organizações das redes de assistência e, principalmente, para a definição de novos objetivos;

Apoiar as 17 Gerências de Unidades Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde de Goiás na implementação de métodos de gestão do Sistema Municipal de Saúde para promover acesso aos serviços para toda a população (ex. elaboração do Plano Municipal de regulação do acesso);

Implantar/ e ou implementar 18 Serviços Residenciais Terapêuticos;

Incluir 12 novos beneficiários no Programa de Volta para Casa, passando de 19 em 2011 para 31 beneficiários até 2015;

Implantar/ e ou implementar 42 Centros de Atenção Psicossocial, passando de 37 para 79 CAPS;

Implantar/ e ou implementar 15 Unidades de Acolhimento para Usuários de Álcool e outras Drogas até 2015;

Implantar 172 Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em Hospitais Gerais;

Cooperar financeiramente, por meio de custeio mensal e/ou aquisição de equipamentos e materiais permanentes, com os Serviços especializados de Atenção à Pessoa com Deficiência e DST/Aids, que não recebem incentivo financeiro Federal;

Implantar Rede Atenção Integral às Ações de Saúde do Idoso nas cinco macrorregiões até 2015;

Conformar e pactuar nas 17 CIR's e CIB, na lógica de Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Rede de Cuidados à Pessoa Idosa; Rede de Cuidados ao Portador de Deficiência (Visual); Rede de Cuidados ao Portador de Hipertensão; Rede de Cuidados ao Portador de Diabetes; Rede de Cuidados ao Portador de Deficiência (Físico-motora, Auditiva, Transtorno Neuromuscular, Ostomizados) e Rede de Terapia Renal Substitutiva;

Aumentar, no mínimo em 30%, a captação de órgãos e tecidos para transplantes no estado;

Ampliar de 974 transplantes realizados em 2011, passando para no mínimo 3.000 até 2015;

Implantar um Comitê de Saúde da População Negra com a participação dos quilombolas;

Implantar/Implementar um Comitê de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT);

Definir uma política para o Hospital de Dermatologia Sanitária de Goiás;

Implantar uma Unidade de Referência Macrorregional para a atenção à tuberculose;

Estruturar uma unidade de serviço de tratamento assistido no Hospital de Doenças Tropicais e um ambulatório para atendimento aos portadores de hepatites virais (B, C e D);

Adquirir equipamentos de informática, com incentivo do Ministério da Saúde (PAM), para estruturar a Coordenação de Controle Estadual de Hepatites Virais;

Implantar na capital duas Unidades Sentinelas para Síndrome da Rubéola Congênita;

Adquirir três veículos de Suporte Avançado para o SIATE;

Adquirir os equipamentos utilizados para o funcionamento das três Unidades de Suporte Avançado do SIATE;

Cofinanciar a regulação regional e as ações regionais de atenção às urgências (contrapartida de 25% do montante que os municípios recebem do MS para custeio do SAMU, UPA, SE, CRR);

Apoiar a implantação da Central de Regulação Médica de Urgência da Região Oeste II e suas respectivas bases descentralizadas;

Ampliar a oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade com a implantação e adequação das Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS), passando de duas unidades em 2011 para 37 unidades até 2015;

Ampliar a oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade com a implantação das Salas de Estabilização (SE), passando de zero unidade em 2011 para 54 unidades até 2015;

Implantar dois novos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST's) e redefinir a abrangência de atuação no estado;

Ampliar a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no estado, passando de 79 unidades para 100 unidades;

Implantar o Teste do Reflexo Vermelho (teste do olhinho) em 40 maternidades;

Implantar o teste da Orelhinha nos 17 municípios-sede de Regionais de Saúde.

Diretriz 14. Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS.

Metas

Realizar Doutorado em Saúde Coletiva para 30 técnicos;

Qualificar 80.000 profissionais de saúde em cursos de extensão com duração de até 80h (seminários, oficinas, fóruns, congressos, simpósios, workshops e conferências);

Qualificar 100 profissionais de saúde com mestrado na área de saúde;

Aperfeiçoar 2.380 profissionais de saúde em Atenção Primária à Saúde;

Qualificar 3.200 profissionais da saúde em Atenção Primária à Saúde com cursos presenciais e à distância;

Conceder 1.740 vagas de estágio em nível superior;

Conceder 3.132 vagas de estágio em nível médio;

Qualificar 1.000 profissionais de saúde com especializações na área da saúde; Conceder 440 vagas para residência médica;

Conceder 108 vagas para a residência multiprofissional e de especialidades; Qualificar 9.000 Agentes Comunitários de Saúde;

Qualificar 4.000 Agentes de Combate às Endemias;

Habilitar 2.000 profissionais de saúde com certificação de Auxiliar de Saúde Bucal;

Habilitar 1000 profissionais de saúde com certificação de Técnico de Saúde Bucal;

Qualificar 300 profissionais Técnicos de Enfermagem com especialização em gerontologia;

Habilitar 1.000 profissionais de saúde com certificação de Técnico de Vigilância em Saúde;

Aperfeiçoar 1.000 Agentes Comunitários de Saúde em saúde do idoso e portadores de necessidades especiais;

Qualificar 50 profissionais da Organização Voluntária de Goiás (OVG) em Atenção à Saúde do Idoso;

Qualificar 3.000 Conselheiros de Saúde no Estado de

Goiás; Qualificar 150 preceptores de residência médica;

Remodelar e estruturar 17 Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) nas

regionais de saúde;

Avaliar 70 projetos de pesquisa e elaborar pareceres técnicos;

Implantar um núcleo de tele-educação na escola referente ao Telessaúde;

Realizar quatro cursos para a gestão e Equipes de Atenção Básica para os 177 municípios participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ);

Capacitar os profissionais das 17 Gerências de Unidades Regionais de Saúde que atuam na área de Assistência Farmacêutica (AF) na estruturação das ações de AF (Componentes Básico, Estratégico, Especializado) nas regionais;

Capacitar pelo menos um profissional das 17 Gerências de Unidades Regionais de Saúde na implantação do Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica, até 2013;

Capacitar pelo menos um profissional da área de Assistência Farmacêutica (AF) dos 246 municípios, por Gerência de Unidade Regional de Saúde, visando à estruturação da AF municipal;

Capacitar 100% dos responsáveis técnicos pelas ações de saúde bucal das 17 Gerências de Unidades Regionais de Saúde no Estado de Goiás;

Realizar quatro cursos de capacitação em gestão, planejamento e avaliação de Políticas de Saúde para gerentes, técnicos responsáveis por programas de saúde, do nível central e das regionais de saúde;

Capacitar 500 pessoas para o Controle Social e Gestão participativa no SUS (conselheiros, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate as endemias, educadores populares e gestores);

Capacitar 300 pessoas em controle do flúor em 246 municípios;

Capacitar 600 profissionais para desenvolvimento da qualificação da gestão e das redes de atenção integral à saúde do idoso, saúde do homem, da população negra, indígena, pessoa portadora de deficiência, DST/Aids e outras populações mais vulneráveis;

Realizar capacitações nas 17 Gerências Regionais, com o objetivo de definir instrumentos de monitoramento e avaliação das Políticas e/ou Serviços de Saúde Implantados para a População Negra, o Índio, o Homem, o Idoso, a Pessoa com Deficiência, DST/Aids e Saúde no Sistema Penitenciário;

Realizar um Seminário Estadual em Goiás sobre Saúde na Primeira Infância – Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis;

Capacitar 250 técnicos da Rede de Laboratórios do Estado que realizam exames de interesse em saúde pública;

Capacitar recursos humanos do LACEN, perfazendo um total de 300 colaboradores, em Cursos de Educação Permanente;

Capacitar no mínimo 60 técnicos do nível central da SES, das 17 Gerências de

Unidades Regionais de Saúde e municípios-sede das mesmas, como apoiadores institucionais para o fortalecimento da Gestão da Atenção Básica;

Capacitar 100 profissionais municipais inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família;

Realizar um Seminário Estadual de Atenção Primária em Saúde;

Capacitar 13.018 técnicos para o manuseio do Kit Família Brasileira Fortalecida;

Capacitar 500 profissionais que atuam na Assistência às Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência no Estado de Goiás;

Capacitar 246 gestores, 492 técnicos dos 246 municípios, 17 profissionais das Gerências das Unidades Regionais de Saúde nas 12 Oficinas de Planificação da Atenção Primária em Saúde;

Capacitar 1000 profissionais nos sistemas de informação (SISCOLO, SISMAMA, SISCAN e SISPRENATAL WEB);

Qualificar 30 facilitadores na Estratégia AIDIPI Neonatal;

Qualificar 50 facilitadores da Iniciativa Hospital Amigo da Criança;

Realizar Curso anual, para 60 profissionais em Reanimação Neonatal, em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria;

Qualificar 30 municípios prioritários, sendo um profissional por município, quanto às ações de proteção ao aleitamento materno – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira infância, em conjunto com a Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa);

Qualificar os hospitais: Hospital Materno Infantil - Goiânia e Santa Casa de Anápolis, com Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), no Método Canguru;

Qualificar uma das etapas do Método Canguru nos hospitais públicos ou filantrópicos com Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), em Ceres, Itumbiara e Goiânia;

Qualificar 30 parteiras tradicionais quanto aos cuidados com o recém nascido e princípios da reanimação neonatal da Região Nordeste Goiano;

Capacitar 500 pessoas para o Controle Social e Gestão participativa no SUS (conselheiros, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate as endemias, educadores populares e gestores).

Realizar quatro Seminários Regionais para capacitação técnica e formação de multiplicadores na Atenção Integral à Saúde de Adolescente privado de Liberdade e em Regime de Internação no estado;

Realizar dois seminários sobre diagnóstico e tratamento de doenças detectadas na triagem neonatal, em parceria com a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Anápolis;

Capacitar 200 profissionais de saúde e áreas afins que atendem mulheres do sistema prisional para a humanização no atendimento às mulheres e crianças vítimas de violência sexual e doméstica;

Capacitar 20 parteiras de comunidades quilombolas para implementação do projeto da Rede Cegonha (casas de parto) no período de 2012- 2015;

Capacitar 2.000 técnicos em ações de saúde da mulher (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiras, médicos);

Capacitar 100% dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Prisionais incluídas no Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário (POESSP);

Capacitar técnicos das 17 Gerências de Unidades Regionais de Saúde e Municípios, estes de acordo com a avaliação de necessidade e demanda nas áreas de saúde do negro, Índio, homem, idoso, da pessoa com deficiência, DST/Aids e outras populações vulneráveis;

Capacitar 1.200 cirurgiões dentistas da Atenção Primária nas 17 Gerências de Unidades Regionais de Saúde do Estado de Goiás no atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade;

Ofertar 800 vagas em módulos de capacitação para cirurgiões dentistas dos CEOs (Centros de Especialidades Odontológicas);

Formar 200 auxiliares de saúde bucal, 200 Técnicos em Saúde Bucal, 40 Técnicos em Prótese Dentária;

Qualificar 30 facilitadores na Estratégia AIDIPI Neonatal;

Realizar quatro seminários regionais para capacitação técnica e formação de multiplicadores na Atenção Integral à Saúde de Adolescente Privado de Liberdade e em Regime de Internação no Estado;

Realizar três Encontros de Trabalhadores e Usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos;

Capacitar 250 técnicos da Rede de Laboratórios do Estado que realizam exames de interesse em saúde pública;

Capacitar recursos humanos do Lacen, perfazendo um total de 300 colaboradores, em Cursos de Educação Permanente;

Qualificar os coordenadores de hepatites virais dos municípios prioritários de Águas Lindas, Aparecida de Goiânia, Goiânia, Luziânia, Regionais de Saúde Central e Entorno-Sul, nas ferramentas tabwin e Sinan;

Qualificar 32 técnicos responsáveis pela Vigilância Epidemiológica de Hepatites Virais das Gerências das Unidades Regionais de Saúde do Estado de Goiás;

Realizar oficinas anuais de sensibilização em Prevenção e Promoção de Saúde em Hepatites Virais;

Promover a qualificação dos técnicos da coordenação estadual e municipal em até quatro eventos anuais de atualizações técnicas em hepatites virais;

Realizar qualificação anual para 500 profissionais das Unidades de Saúde em ações de profilaxia humana antirrábica em Goiás;

Qualificar os profissionais de 50 Unidades de Saúde de Goiás em diagnóstico e tratamento de Leishmaniose, Hantavirose e Leptospirose até 2015;

Capacitar 100% dos gerentes, assessores técnicos e técnicos responsáveis por planejamento de políticas e programação em saúde da SES em Gestão para resultados;

Realizar um curso para gerentes e técnicos do Nível Central e das Gerências das Unidades Regionais de saúde sobre Planejamento Estratégico;

Realizar no mínimo dois cursos para profissionais de nível superior dos municípios, sobre planejamento, avaliação de políticas públicas de saúde, fortalecendo os processos de gestão descentralizada;

Realizar dois cursos sobre monitoramento e avaliação de políticas e programas de saúde para profissionais do nível central da SES, Gerências de Unidades Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde;

Capacitar os 246 municípios do estado para elaborarem o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAPS);

Capacitar os 246 Conselhos Municipais e os 246 municípios no Sistema de Apoio a Construção do Relatório Anual de Gestão do SUS/SARSUS;

Realizar um Encontro de Matriciamento de Atenção à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas;

Realizar quatro Encontros de Colegiado de Coordenadores Municipais de Saúde Mental e de Serviços de Atenção à Saúde Mental, Álcool e Drogas;

Realizar um Encontro de Colegiado de Coordenadores Estaduais de Saúde Mental da Região Centro Oeste com a Coordenação Nacional de Saúde Mental;

Realizar cinco seminários para consolidação da Política de Saúde Mental, Álcool e Drogas;

Realizar um Seminário do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator;

Realizar um Seminário Tratamento e Prevenção das Toxicomanias sob a perspectiva da DST/Aids.

Qualificar os médicos para preenchimento adequado das Declarações de Óbitos, referente à causa básica, prioritariamente, dos municípios das macrorregiões que apresentam proporção de óbitos mal definidos acima de 10%: Macrorregião Rio Vermelho (13,55%); Oeste I (13,15%); Nordeste (14,71%); Norte (10,66%);

Realizar anualmente, de 2013 a 2015, o Encontro de Saúde de Goiás para 600 participantes (gestores e profissionais de saúde);

Capacitar 90 pessoas em três Encontros de Trabalhadores e Usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos;

Capacitar 3.580 pessoas em oito Cursos de Formação, Aperfeiçoamento e Aprimoramento na Política e na Atenção à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas;

Capacitar 35 pessoas em uma Escola de Supervisores Clínico Institucional da Rede da Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas de Goiás;

Capacitar 600 pessoas por meio da realização de cinco Cursos de Capacitação de Equipes para o CREDEQ;

Capacitar 120 pessoas por meio da realização de um Curso de Capacitação da Rede Psicossocial de Atenção à Criança e ao Adolescente;

Capacitar 120 pessoas por meio da realização de um Curso da Estratégia de Saúde da Família em Saúde Mental, Álcool e Drogas na Perspectiva de Redução de Danos e DST/ Aids;

Capacitar 1.080 pessoas em 27 Encontros Impertinentes – Supervisão;

Capacitar 150 pessoas por meio da realização de um Curso de Matriciamento na Perspectiva do Abuso de Crack e Outras Drogas e Prevenção à DST/ Aids;

Qualificar os médicos para preenchimento adequado das declarações de óbitos, referente à causa básica dos municípios das macrorregiões que apresentam proporção de óbitos mal definidos acima de 10%, prioritariamente, da Macrorregião Rio Vermelho (13,55%); Oeste I (13,15%); Nordeste (14,71%); Norte (10,66%);

Capacitar 50 técnicos dos CERESTs e 200 técnicos da Rede Sentinela de Saúde do Trabalhador quanto aos protocolos estabelecidos.

Diretriz 15. Implementação de ações de comunicação para o fortalecimento das políticas públicas em saúde.

Meta

Fortalecer a Comunicação em Saúde no Estado.