



**SUS**

Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE  
DO ESTADO DE GOIÁS



**GOVERNO DO  
ESTADO DE GOIÁS**

Desenvolvimento com Responsabilidade

**SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO**

# **RELATÓRIO DE GESTÃO 2007**

**Goiânia  
2008**



**GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS**

**GOVERNADOR**

**Alcides Rodrigues Filho**

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

**Helio Antonio de Sousa**

**CHEFE DE GABINETE**

**Carlos Alberto Dias**

**SUPERINTENDENTE DE PLANEJAMENTO**

**Irani Ribeiro de Moura**

**SUPERINTENDENTE DA LEIDE DAS NEVES FERREIRA**

**Zacarias Calil Hamu**

**SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS**

**Sandoval Moreira Mariano**

**SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL**

**Ângela Maria de Miranda Melo Cardoso**

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

**Antônio Wilson Soares de Oliveira**

**SUPERINTENDENTE DE CONTROLE E AVALIAÇÃO TÉCNICA DE SAÚDE**

**Sílvio Divino de Melo**



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. ANÁLISE SITUACIONAL.....	9
3. OBJETIVOS, DIRETRIZES, ESTRATÉGIAS, METAS E PERÍODOS.....	27
3.1. LINHA DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	27
3.1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO - LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	32
3.2. CONDIÇÕES DE SAÚDE .....	38
3.2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO – CONDIÇÕES DE SAÚDE .....	41
3.3. GESTÃO EM SAÚDE .....	45
3.3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO - GESTÃO EM SAÚDE .....	52
3.4. SETOR SAÚDE .....	58
3.4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO – SETOR SAÚDE .....	60
3.5. INVESTIMENTO EM SAÚDE .....	62
3.5.1. CONTEXTUALIZAÇÃO – INVESTIMENTO EM SAÚDE.....	62
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64

## **APRESENTAÇÃO**

O Estado de Goiás por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES/GO) apresenta o Relatório de Gestão, visando prestar informações para o acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde do SUS no exercício de 2007.

Os dados necessários para a sua elaboração foram obtidos através da Superintendência de Planejamento da SES/GO, em conjunto com todos os setores vinculados à esta Secretaria e a sua construção foi fundamentada nos relatórios das atividades desenvolvidas em 2007.

A sua organização contempla cinco eixos – (A) Linhas de atenção à saúde; (B) Condições de saúde da população; (C) Gestão em saúde; (D) Setor saúde; e (E) Investimento em saúde

O Relatório está sistematizado de modo a possibilitar a visualização das ações desenvolvidas pela SES no decorrer do exercício de 2007, fornecendo subsídios para o planejamento em saúde e para o controle social.

Com o presente documento, a Secretaria de Estado da Saúde apresenta mais um instrumento de apoio à gestão da saúde pública goiana, contribuindo para a melhoria contínua de processos e resultados críticos para a construção de um estado de bem estar social e de qualidade de vida para todos os cidadãos que aqui vivem.

Por fim, vale ressaltar o esforço dos dirigentes e de toda equipe técnica no sentido de aprimorar esta gestão, e de demonstrar, de forma transparente e concisa, os procedimentos administrativos e as atividades realizadas pela Secretaria, na busca da otimização dos recursos e maximização de suas atividades para consolidação de um sistema público de saúde, equitativo e de qualidade.

**Helio Antonio de Sousa**  
Secretário de Estado da Saúde/GO

# 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seu cidadão. Seus avanços são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime.

A implantação e consolidação do Sistema único de Saúde - SUS vem desafiando profissionais e gestores na condução e no aperfeiçoamento do Sistema como um todo. O atual momento de consolidação do SUS apresenta uma série de oportunidades para a concretização de um salto qualitativo na atenção à saúde oferecida à população (CONASS, 2003).

O desafio da gestão do SUS perpassa pela necessidade de se promover algumas condições essenciais ao alcance de objetivos e metas pré-estabelecidas em instrumentos normativos. O SUS é um processo de construção muito dinâmico e o planejamento das ações devem ser desenvolvidos através de uma metodologia participativa, contemplando a análise da realidade, suas causas e pontos críticos e os recursos disponíveis, bem como as atividades a serem desenvolvidas.

Nesse sentido, torna-se necessário elaborar instrumentos que contribuam para o melhor aproveitamento das oportunidades e para superação dos desafios. São definidos como instrumentos básicos de planejamento nas três esferas de gestão do SUS: Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde e Relatório de Gestão Anual.

O relatório de gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da programação anual e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Ele deve ser insumo básico para avaliação do Plano de Saúde, ao fim de seu período de vigência. Essa avaliação tem por objetivo subsidiar a elaboração do novo plano com as correções de rumos que se fizerem necessários.

Conforme essa égide, o presente documento foi estruturado tomando como referência o Plano Estadual de Saúde de Goiás – 2004/2007 (PES), que por sua vez foi

atualizado com base no modelo proposto pelo Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, e que, para tanto, exige um formato de avaliação que foge dos moldes tradicionais até então usados pelos gestores. Trata-se de prestar contas não apenas das rotinas executadas nas ações e serviços de saúde, mas, sobretudo, o seu alinhamento às políticas e estratégias estabelecidas nos devidos planos de saúde.

O presente documento foi construído tomando por base uma matriz de avaliação, contendo as estratégias, suas metas e a situação atual estabelecidas nos cinco eixos estruturantes do Plano Estadual de Saúde – 2004/2007: A) linhas de atenção à saúde; (B) condições de saúde da população; (C) gestão em saúde; (D) setor saúde; e (E) investimento em saúde. Ao final de cada recorte foi feita uma discussão dos resultados alcançados e das dificuldades apresentadas.

## 2. ANÁLISE SITUACIONAL

O Estado de Goiás está localizado no Planalto Central do Brasil, ocupando uma área de 340.087 Km<sup>2</sup>, o que representa 3,99% da área do país. Faz divisa, ao Norte, com o Estado do Tocantins, ao Oeste com os Estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e ao Leste com os Estados da Bahia e Minas Gerais. Seu clima é tropical, com temperaturas médias anuais entre 18°e 30°C e umidade relativa do ar com média anual em torno de 43%. Sua organização política administrativa compreende 246 municípios. Predominam no Estado municípios de pequeno porte, sendo que 65% destes possuem até 10.000 habitantes.

É o Estado mais populoso do Centro Oeste, concentrando 43,2% da população total da região. A população segundo estimativa do IBGE, em 2007, é de 5.840.653, com uma densidade demográfica de 16,9 hab./km<sup>2</sup>.

A faixa etária com maior taxa de crescimento proporcional no período de 1991-2007 foi acima de 60 anos (76,15%) passando de 230.435 mil para 405.899 mil. Houve um aumento significativo na esperança de vida ao nascer de 71,4 para 73,1 anos, no período de 2000 a 2006. Na faixa etária menor de 1 ano, o crescimento foi 26,96% passando de 87.311 mil para 110.853 mil habitantes.

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

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

No Estado de Goiás pode-se observar redução do número de óbitos em menor de um ano em 2005 quando comparado ao valor registrado em 2000. Assim como o

coeficiente de mortalidade infantil que passou de 15,8 para 14,9 óbitos por 1000 nascidos vivos.

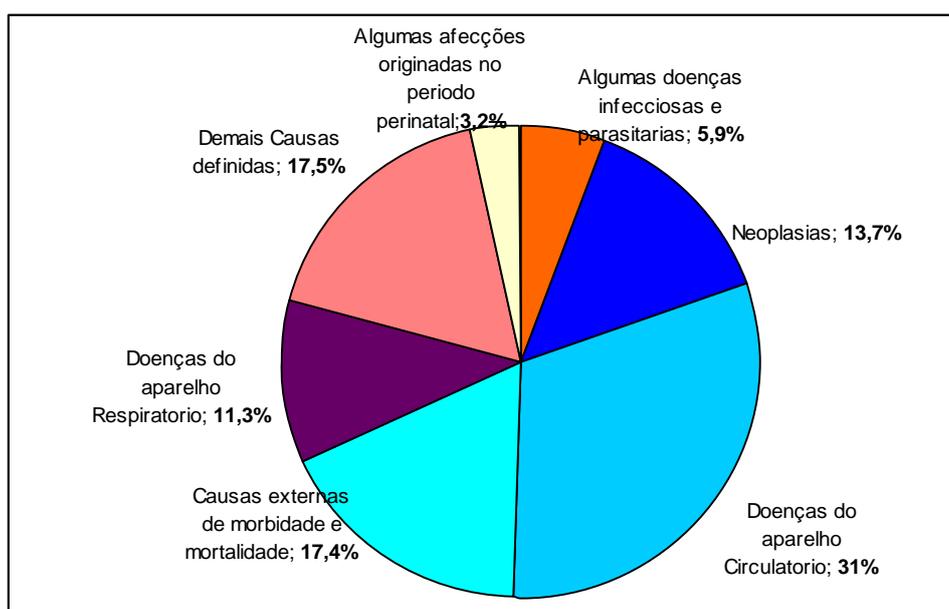
A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer aumentou no período selecionado, apesar do crescimento da proporção do número de mães com mais de 6 consultas de pré-natal.

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

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

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

**Gráfico 1 - Mortalidade Proporcional, segundo grupo de causas, Goiás, 2005**



De acordo com informações oriundas dos Cadernos de Saúde – DATASUS, 2005, os percentuais relativos à mortalidade proporcional por faixa etária, segundo grupos de causas, estão assim distribuídos: 31,0% do total de óbitos foram por doenças do aparelho circulatório, com uma maior proporção nas faixas etárias de 50 a 64 anos (37,6%) e 65 e mais (42%) dos óbitos totais. Em segundo lugar vêm as causas externas, com 17,4% do total, sendo a faixa etária de 15 a 19 anos com maior proporção, 81,9%. Finalmente, destacam-se as neoplasias com 13,7% do total de óbitos, com as faixas etárias entre 5 a 9 anos e 50 a 64 anos com as maiores proporções, 15% e 20,3%, respectivamente.

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

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

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

No sexo masculino as maiores taxas de mortalidade por causas externas são por homicídios. A região do entorno de Brasília apresentou uma taxa de 65,22/100.000 habitantes e a região metropolitana de Goiânia 60,54. Em segundo lugar os acidentes de

transporte, com a região metropolitana de Goiânia com 48,81/100.000 habitantes e o entorno com 37,28 (DATASUS/SIM, 2004).

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

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

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

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

Segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA, (2003), o câncer de pulmão é o que acomete o maior número de pessoas no mundo. Na população masculina, o hábito de fumar continua sendo responsável pela maioria dos casos diagnosticados de câncer de pulmão, podendo chegar a mais de 90% em alguns países ou regiões. Nas mulheres, pode-se atribuir cerca de metade dos casos de câncer pulmonar ao tabagismo. O câncer de pulmão permanece como uma doença altamente letal.

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

A dengue, que tem sido objeto de uma das maiores campanhas de Saúde Pública no país (Carmo et al., 2003), destacou-se como doença reemergente em Goiás, onde a reintrodução do *Aedes aegypti*, vetor da doença, foi em 1984, pelo município de São Simão, no sudoeste do Estado. Desde então, ocorreu uma dispersão do inseto para outros municípios totalizando 242 municípios infestados, em 2007. Até o final de 2007, foram notificados 15.698 casos de dengue no Estado, sendo 87 de febre hemorrágica, com 13 óbitos. Cento e vinte e sete municípios apresentaram transmissão da doença e a capital registrou o maior número de casos: 6.634.

A febre amarela ocorre ciclicamente, com registro de casos e epizootias (epidemias entre animais) a cada 05 a 07 anos. Houve registro de casos em 1999 e 2000 e agora, no ano de 2007 foram registrados 7 casos de febre amarela silvestre nos municípios de: Jataí (2), Pirenópolis (1), Luziânia (1), Goiânia (1), Goianésia (1), Aparecida de Goiânia (1), dos quais 6 evoluíram para óbito. Os prováveis locais de infecção destes casos ocorreram em áreas silvestres dos municípios de residência dos casos, exceto Aparecida de Goiânia e Goiânia, cuja fonte de infecção foi zona rural de Uruaçu e região periurbana de Goiânia, respectivamente.

Quanto às meningites até o final de 2007, foram registrados 49 casos. A incidência variou entre 1,84 casos /100.000 habitantes em 2000 e 0,83 em 2007. Em 2003 30,23% dos casos de doenças meningocócicas evoluíram para óbito, ano de maior letalidade no período. A letalidade alcançou o menor índice em 2006, 7,94%. A partir do ano de 2000 foi observada uma acentuada diminuição dos casos com sorogrupos não identificados. Isto ocorreu provavelmente devido à descentralização dos Kits para realização de cultura para os principais hospitais de referência do agravo de Goiânia. O sorogrupo "B" é o predominante no Estado, exceto nos anos 2005 e 2007 quando o Sorogrupo "C" prevaleceu sob os demais. A descentralização dos Kits para outras unidades no Estado e

a identificação dos vírus causadores de meningites são medidas importantes para a vigilância.

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

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

Nos últimos 5 anos a Aids vem se mantendo num patamar de aproximadamente 600 casos por ano. A taxa de incidência de Aids em 2004 foi de 10,0, em 2005 de 9,2 e em 2006 de 10,3/100.000. Do total de indivíduos notificados 67,44% eram do sexo masculino e 32,56% do sexo feminino (Fonte: SINANW/SSIS/GVE/SPAIS/SES-GO).

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

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

Do total de casos acumulados entre 1999 e 2006, a faixa etária que concentrou o maior percentual de casos foi a de 20 a 34 anos com 54%, seguida da faixa de 35 a 49 anos com 36% dos casos registrados. Na população com mais de 65 anos de idade este percentual foi de 1%.

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

No último ano da década de 80, 65,08% dos casos notificados em Goiás concentrava-se na capital. Hoje, o percentual de casos na capital reduziu para 35% enquanto o percentual dos municípios do interior aumentou de 34,92% para 65% neste mesmo período.

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

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

No percentual de Sífilis Congênita segundo classificação final, temos: 63% dos casos ignorados/brancos, 20% confirmado, 13% presumível e 4% descartado. A distribuição dos casos de Sífilis Congênita segundo Diagnóstico Final, em Goiás de 2002 a 2006 foi de: 70% Sífilis Congênita Recente, 14% Natimorto Sifilítico, 8% Sífilis

Congênita Tardia, 8% Ing/Branco e 0 % de Aborto por Sífilis(Fonte:SINANW/SSIS/GVE/SPAIS/SES-GO).

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

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

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

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

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

No Brasil, a cada ano são detectados 90.000 mil casos novos de tuberculose, dos quais 6.000 vão a óbito. Está colocado no ranking mundial em 16º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Apesar do país atualmente apresentar certa tendência de estabilidade, não significa que este agravo está em situação de controle. O coeficiente de incidência ainda é considerado elevado, aproximadamente 46 casos por 100.000 habitantes e a taxa de mortalidade média está em torno de 3,1/100.000 habitantes.

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

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

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

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

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

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

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

Doenças como difteria, coqueluche, e tétano encontram-se sob controle. Os dois últimos casos confirmados de difteria em Goiás ocorreram em 1998 no município de Goianópolis, com evolução para óbito, sendo considerado como surto.

A incidência da coqueluche oscilou bastante entre os anos de 2000 a 2006. A maior incidência foi em 2000, com 1,05 casos por 100.000 habitantes. Em 2007 foram notificados 18 casos, sendo 3 confirmados. A maior concentração de casos (16,7%) foi encontrada na faixa etária de menores de um ano, com incidência igual a 4,37/100.000 habitantes.

No período de 2000 a 2006, foram confirmados 93 casos de tétano acidental e em 2007, 9 casos confirmados. Apesar de apresentar uma tendência de declínio no período, a letalidade da doença em Goiás têm sido alta, alcançando valores acima de 60% nos anos 2004 e 2005 e 45% em 2007, percentuais elevados, quando comparados com os países desenvolvidos onde o coeficiente varia entre 10 a 17% (Ministério da Saúde, 2005).

Em relação ao tétano neonatal (TNN) o último caso registrado foi em março de 2004, no Município de Simolândia.

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

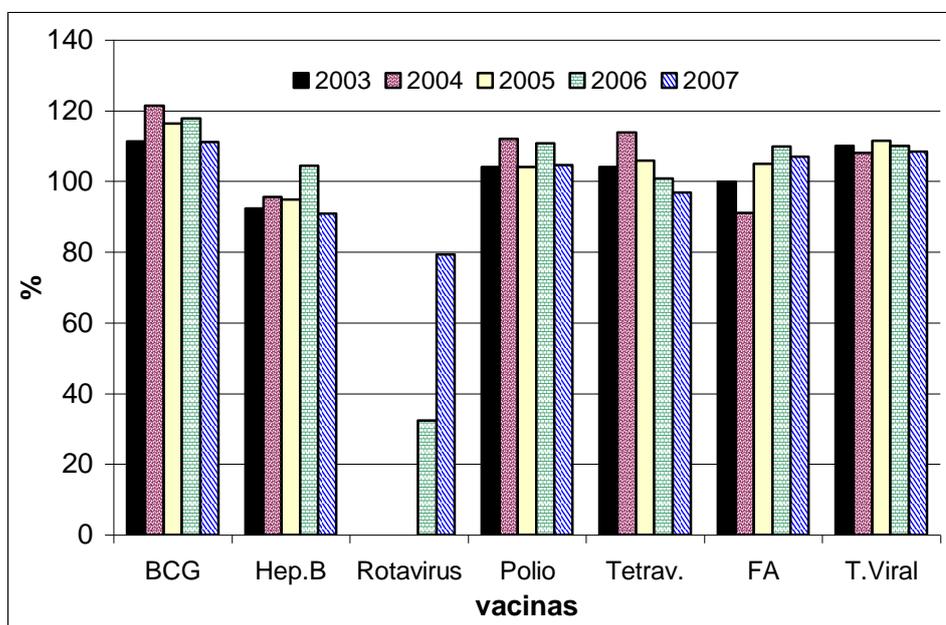
O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi instituído em 1973 e o que foi alcançado pelo Brasil nestes 30 anos está além do que foi conseguido por qualquer outro país com as dimensões geográficas extensas e condições socioeconômicas tão diversas. Várias estratégias como campanhas, varreduras, rotinas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

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

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

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

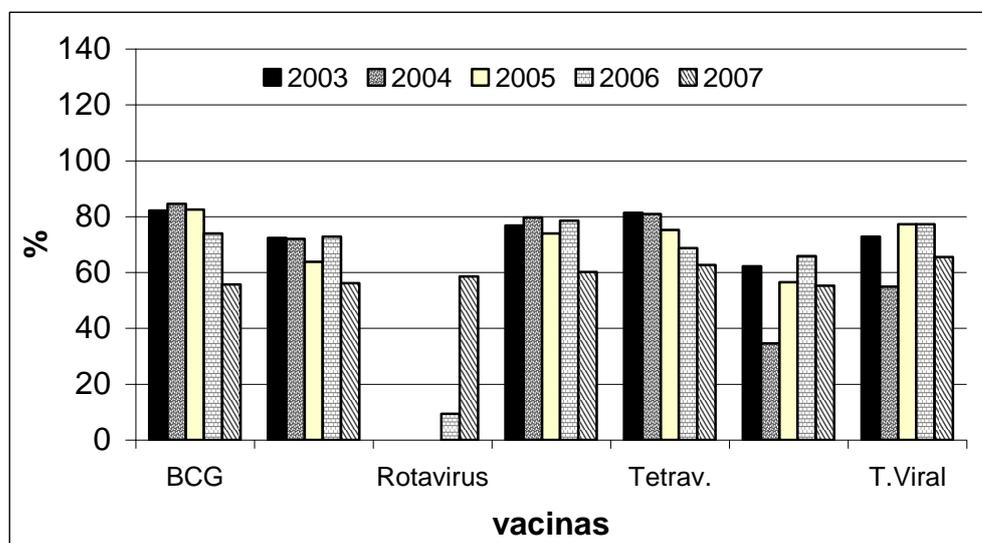
**Gráfico 2 - Série histórica das coberturas vacinais em menores de um ano e um ano de idade para vacina tríplice viral na rotina. Goiás, 2003 a 2007**



Fonte: SI-API/PNI

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

**Gráfico 3 - Série histórica da homogeneidade das coberturas vacinais em menores de um ano e um ano de idade para vacina tríplice viral na rotina. Goiás, 2003 a 2007.**



Fonte: SI-API/PNI

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

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

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

Nos últimos cinco anos o estado de Goiás tem apresentado coberturas vacinais acima do preconizado nas Campanhas. O grande problema observado tem sido a baixa homogeneidade. Os municípios que não alcançaram as metas estabelecidas nos três últimos anos apresentam uma característica peculiar: a maioria possui uma população alvo (menor de cinco anos de idade) estimada em menos de 1000 habitantes.

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

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

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

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

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

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

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

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

A Atenção Básica é uma das prioridades desta gestão, sendo fortalecida pela assinatura do Termo de Gestão Estadual que prioriza este nível de atenção e coloca a Estratégia de Saúde da Família como o modelo ideal a ser implementado, uma vez que atende a todos os princípios do SUS.

O Estado de Goiás implantou a Estratégia de Saúde da Família em 1998, quatro anos após ser institucionalizada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de substituir o modelo tradicional de assistência à saúde, trabalhando dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência.

No final de 2007 o estado contava com 7.480 Agentes Comunitários de Saúde e 1.031 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 245 municípios, atingindo uma

cobertura populacional de 56,3%. (Fonte [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)). A cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde vem mantendo-se estável nos últimos quatro anos.

Em relação à Saúde Bucal, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB, houve um grande avanço da atenção básica nos últimos quatro anos no Estado, com estruturação de mais de 700 equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, porém ainda não atingiu a proporção de uma ESB para cada equipe da ESF.

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

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

Em 2003, foi instituída uma comissão para elaborar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica, proveniente de cooperação técnica entre Secretaria Estadual de Saúde – GO (SES-GO) e Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Desde então, as ações de Assistência Farmacêutica na SES-GO são desenvolvidas em diferentes superintendências, ocasionando uma série de problemas.

Após a publicação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica em 2006, com o objetivo de explicitar as linhas estratégicas para reorientação e organização da assistência farmacêutica no estado de Goiás, de forma integrada, algumas ações foram alcançadas, tais como: a) a publicação da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME); b) o aumento da contrapartida do estado no programa de Incentivo de

Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB); c) a pactuação de verba para adequação da infra-estrutura e a capacitação de RH; d) atividades para promoção do uso racional de medicamentos.

No aspecto financeiro, entre 1999 e 2006, a SES aumentou significativamente os recursos destinados à Assistência Farmacêutica Básica. Pela portaria N°176/99GM a responsabilidade do Estado seria o repasse de R\$ 0,50 *per capita/ano* para compra de medicamentos. Por iniciativa do governo estadual foi reajustado para R\$ 1,00 *per capita/ano*, isso significou aumento de 100% no valor investido na área.

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

A Política Estadual de Saúde Mental, já aprovada no Conselho Estadual de Saúde, prevê a redução de leitos psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos. Goiás conta hoje com 19 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS sendo: 08 CAPS modalidade II (municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes) e 07 CAPS modalidade I (Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), estas duas modalidades atendem usuários com transtornos mentais. Existem também 03 CAPSad para atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e drogas e 02 CAPSi para infância.

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

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

Considerando que todos os municípios com população acima de 20.000 habitantes já comportam um CAPS, ressaltamos a necessidade urgente da expansão destes

serviços no Estado, uma vez que algumas regiões de saúde não dispõem deste ponto de atenção, principalmente na região do entorno de Brasília e norte do estado.

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

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

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

Diante dessa análise situacional e do quadro sócio-demográfico e epidemiológico do Estado de Goiás, é realizado o relatório de gestão anualmente, sendo analisados os objetivos, diretrizes e metas alcançadas, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada à população. Segue-se o resultado e a contextualização sobre as ações desenvolvidas em 2007.

### **3. OBJETIVOS, DIRETRIZES, ESTRATÉGIAS, METAS E PERÍODOS.**

O modelo adotado para a elaboração deste documento foi adaptado a partir da estrutura e conteúdo do Plano Estadual de Saúde 2004 – 2007. Para realizar o acompanhamento e avaliação deste processo procurou-se integrar os elementos essenciais que conformam os relatórios de gestão, sobretudo, a descrição das atividades realizadas e análise da relação entre estas atividades e recursos disponibilizados e o alcance das metas programadas. Dessa forma, o resultado anual referente ao ano 2007 é apresentado de acordo com os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as metas correspondentes ao PES 2004 – 2007, segundo os mesmos recortes adotados no planejamento das ações em saúde para o estado de Goiás, de modo que o acompanhamento deste processo está previsto, em: A) linhas de atenção à saúde; (B) condições de saúde da população; (C) gestão em saúde; (D) setor saúde; e (E) investimento em saúde.

O formato de apresentação dos resultados na matriz que se segue, contem quatro formas de descrição que correspondem às metas programadas para aquelas estratégias que não houve mensuração. A saber: metas alcançadas; parcialmente alcançadas; não alcançadas; e não executadas quando não foi realizada nenhuma atividade.

#### **3.1. LINHA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**Objetivo A.1:** Qualificar a atenção à saúde no âmbito do SUS.

**Diretriz A.1.1:** Reorganização e melhoria da eficiência das ações e serviços de saúde no Estado de Goiás.

<b>Estratégia e metas</b>	<b>Meta 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
Fortalecer as ações de hematologia e hemoterapia garantindo cobertura de 100% dos leitos SUS até 2007.	Parcialmente alcançada	Alcançada 45%. Embora seja uma determinação legal, o poder público ainda não conseguiu estruturar sua Rede para atender 100% dos leitos SUS. Enfrenta dificuldade em reverter a situação dos Serviços Privados.
Aperfeiçoar a assistência farmacêutica diminuindo o prazo de entrega dos medicamentos produzidos pela IQUEGO para 7 dias.	Não executadas	O prazo de entrega de 7 dias estipulado é inviável, pois o cronograma é feito dentro da lógica de produção de uma Indústria Farmacêutica.
Fortalecer as ações de transplantes de órgãos humanos aumentando em 60% o número de órgãos transplantados	Não alcançada	Houve redução no percentual de órgãos transplantados. Estrutura física e operacional insuficiente e falta de recursos para a promoção de campanhas educativas voltada à população e prestadores de serviços.
Fortalecer e operacionalizar a rede assistencial de saúde em 100% das unidades sob a gerência estadual.	Não alcançada	Para fortalecer e operacionalizar a Rede Assistencial de Saúde nas Unidades Próprias da SES GO está prevista a criação de uma Fundação Estatal, de Direito Privado, cujo projeto se encontra em estudo pelo Governador.

**Diretriz A.1.2:** Ampliação e melhoria da Atenção Básica, em especial a estratégia de saúde da família nos municípios do estado de Goiás.

<b>Estratégia e metas</b>	<b>Meta 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
Promover a expansão da cobertura do programa de saúde da família de 53 para 70% da população.	Não alcançada	Em novembro 2007 a cobertura da ESF foi de 54,14%. Meta não atingida: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Primeiro, em função da mudança da fórmula de cálculo <math>(C(\text{cobertura}) = (E(\text{n}^\circ \text{ESF}) \times 3.000) / \text{Pop.}(\text{do Estado}) \times 100)</math> para cobertura populacional e</li> <li>▪ Segundo, porque depende da gestão municipal essa ampliação</li> </ul>

**Objetivo A.2:** Reorganizar o sistema de urgência e emergência e ambulatórios 24 horas. Ampliando a cobertura, fortalecendo a operacionalização das unidades de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, bem como dos ambulatórios 24hs.

**Diretriz A.2.1:** Fortalecimento e operacionalização das unidades de atendimento pré-hospitalar e hospitalar.

<b>Estratégia e metas</b>	<b>Meta 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
Implantar mecanismos regulatórios para o atendimento as urgências e emergências em 10 regiões de saúde	Parcialmente alcançada	Foi implantado em 08 regiões (Central, Pireneus, Rio Vermelho, Entorno Norte, Entorno Sul, São Patrício, Norte e Sudeste I.). Está em processo de implantação nas regiões Estrada de Ferro, Sul e Centro Sul que está sendo desmembrada da região Central.
Capacitar as equipes profissionais envolvidas no sistema de atenção as urgências e emergências em todo Estado por meio do pólo de capacitação permanente	Alcançada	Foi realizado cursos de Regulação Médica de Urgência e Internação em Urgências para os profissionais nas 08 regiões onde foi implantado o SAMU Está em andamento um novo plano de capacitação de acordo com a Política Nacional de Urgências - PT\GM 248\2002 e com a Portaria de Educação permanente - PT\GM 1998\2007
Equipar as unidades de saúde destinadas ao atendimento às urgências de menor complexidade	Não alcançada	Não houve no ano de 2007 nenhum processo de compra de equipamentos para equipar as unidades de saúde.

**Diretriz A.2.2:** Ampliação da cobertura de atendimento às urgências e emergências, e Ambulatórios 24 Horas.

<b>Estratégia e metas</b>	<b>Meta 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
Construir e equipar os hospitais urgências de Anápolis, Aparecida de Goiânia e Trindade.	Parcialmente alcançada	Os hospitais de urgências de Anápolis e Aparecida já estão construídos e equipados. O hospital de Trindade necessita finalizar a obra (sem previsão de conclusão) e adquirir equipamentos constantes no convênio do Ministério da saúde com previsão de conclusão em dezembro de 2008
Construir e equipar o Hospital de Urgência de Santa Helena	Parcialmente alcançada	Previsão de conclusão da obra em setembro de 2008. Previsão de conclusão da aquisição de equipamentos em dezembro de 2008

Ampliar a cobertura do atendimento pré-hospitalar móvel adquirindo 59 unidades móveis de suporte básico e 19 unidades móveis de suporte avançado para os municípios (Emendas sancionadas)	Alcançada	
Ampliar o número de unidades de Ambulatório 24 horas no estado para 53.	Não alcançada	Não foi alcançada, devido mudanças na política de urgência. Houve paralisação do projeto ambulatório 24 horas
Aperfeiçoar as unidades de Ambulatórios 24 horas existente no Estado	Não alcançada,	Não foi alcançada, devido mudanças na política de urgência. Houve paralisação do projeto ambulatório 24 horas

**Objetivo A.3:** Aprimorar a regulação da demanda, controlar e avaliar os serviços de saúde e aumentar oferta dos serviços de média e alta complexidade no sistema estadual de saúde.

**Diretriz A.3.1:** Ampliação da oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade do SUS.

Estratégias/metasp	Meta 2007	Situação atual\justificativa
Implantar o complexo regulador da assistência de media e alta complexidade em 13 Regionais de Saúde	Alcançada parcialmente	Foi implantado Complexo Regulador nas regiões: Entorno Norte, Pireneus, Central, São Patrício, Rio Vermelho. Entorno Sul. Encontra-se em fase de implantação nas demais regiões, perfazendo um total de 16 complexos regionais e 01 estadual.
Concluir as construções e equipagem dos hospitais de Novo Gama, Valparaíso e Santo Antônio do Descoberto.	Alcançada parcialmente	Os equipamentos adquiridos pelo REFORSUS de Novo Gama, Valparaíso e Santo Antônio do Descoberto foram encaminhados aos hospitais. O convênio nº. 2257/00 referente a Santo Antônio do Descoberto encontra-se em tramitação.  Com relação às construções:  <b>Novo Gama:</b> a obra continua paralisada com apenas dois blocos iniciados e não

Estratégias/metapas	Meta 2007	Situação atual\justificativa
		<p>concluídos. A SES está redirecionando o programa de necessidades de acordo com a pactuação da RIDE. A AGETOP irá executar outro projeto após definição da SES.</p> <p><b>Valparaíso:</b> obra paralisada com cerca de 90% de conclusão. No momento está sendo licitada nova obra para conclusão do hospital com recursos estimado em R\$ 1.200.000,00.</p> <p><b>Santo Antônio do Descoberto:</b> obra paralisada com 95% de conclusão. O município esta em fase de aprovação do novo projeto de adequação e ampliação da unidade. Após definição do projeto o município apresentará novo valor para finalização do hospital o qual será submetido a novo convênio junto a SES</p> <p>Quanto aos equipamentos foram encaminhados ao Ministério da Saúde as propostas que contemplam municípios pertencentes a RIDE, cujas formalizações de convênios estão em processo de análise.</p>
Concluir a equipagem do Centro de Reabilitação e Readaptação CRER.	Alcançada	O CRER está construído e equipado.
Estruturar, conformar e aperfeiçoar as redes assistenciais especializadas (saúde do idoso, mental, portador de deficiência e acidentes biológico)	Alcançada parcialmente	<p>Proposta de “Rede Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa” revisada juntamente com a SPLAN e encaminhada para aprovação junto a Comissão Inter-gestora Bipartite e atualmente encontra-se nos Colegiados de Gestores Regionais para discussão e aprovação.</p> <p>A rede de saúde mental está em construção e a de portador de deficiência e acidentes biológico já foram aprovadas</p>
Elaborar plano estadual de redes de alta complexidade para doenças renais crônicas, cardiovasculares, traumo-ortopédicas, neurológicas,	Alcançada parcialmente	<p>Em andamento as redes de traumatologia e neurologia.</p> <p>As redes oncológicas e auditiva estão</p>

<b>Estratégias/metás</b>	<b>Meta 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
oncológicas e auditiva.		concluídas  A rede de doenças renais crônicas já foi aprovada em 2005, alterada em 2006 e atualmente está sendo revisada.

**Diretriz A.3.2:** Fortalecimento das ações de controle, avaliação e auditoria do sistema estadual de saúde..

<b>Estratégias/metás</b>	<b>Meta 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
Proceder a contratualização dos prestadores de serviços de saúde sob gestão estadual.	Alcançada parcialmente	Já foi concluído a contratualização dos prestadores públicos e filantrópicos. Está em andamento a contratualização da rede privada
Estabelecer e coordenar a avaliação dos sistemas municipais, regionais e estaduais de saúde.	Alcançada parcialmente	Foi criada a Câmara Técnica de Avaliação, com a participação de todas as Superintendências, visando institucionalizar a avaliação no Estado. - Foi realizada a avaliação dos Sistemas de Urgência nas regiões Entorno Norte, Entorno Sul e Pireneus em 2007 - Avaliação do PNISS (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde) em 2005

### **3.1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO - LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

A qualificação da atenção à saúde no âmbito do SUS tem por objetivo promover a construção, implantação e implementação de ações e serviços de saúde integrados, visando à priorização de soluções de problemas estratégicos do Sistema único de Saúde (SUS) a serem enfrentadas como resposta às reivindicações da sociedade.

Assim, na busca pela reorganização e melhoria da eficiência das ações e serviços de saúde no Estado, o poder público vem enfrentando dificuldade em cumprir na totalidade as metas estabelecidas no plano 2004-2007, dentre elas citamos o

fortalecimento das ações de hematologia e hemoterapia, que ainda não se conseguiu reverter a situação dos serviços privados e estruturar sua rede garantido cobertura de 100% dos leitos do SUS.

Quanto a Central de Captação e Doação de Órgãos, tem-se concentrado trabalhos, nas ações de fortalecimento da capacidade de realização de transplantes, através de cursos de capacitação das equipes bem como das unidades de Saúde envolvidas. Porém, observa-se que houve um decréscimo significativo no quantitativo dos órgãos transplantados, em 2007, 574 transplantes (466 de córnea, 54 de rins, 54 de medula óssea), se comparados com anos anteriores, onde: em 2003, realizou-se 725 transplantes (595 de córnea, 96 de rins, 32 de medula óssea e 2 de coração; em 2004, 894 (727 de córnea, 95 de rins, 37 de medula óssea e 5 de coração); em 2005, 996 (877 de córnea, 82 de rins, 34 de medula óssea e 3 de coração) e em 2006, 911 (793 de córnea, 76 de rins, 40 de medula óssea e 2 de coração), fato este justificado pela Insuficiência de estrutura física e operacional e, também, pela falta de recursos para a promoção de campanhas educativas voltada à população e prestadores de serviços.

E em relação à estratégia de fortalecer e operacionalizar a rede assistencial de saúde nas Unidades Próprias da SES, não se obteve sucesso, no entanto, está previsto a implantação de uma Fundação Estadual, de direito privado, cujo projeto se encontra em estudo pelo Governador.

O SUS estadual, neste governo, colocou recursos considerados de investimentos em saúde e ampliou o acesso da população a todos os níveis de atenção. Podemos citar avanços como a vacinação em massa de crianças e idosos em todo o Estado, ampliou a estratégia de saúde da família para 61,2% de cobertura da população do Estado, o número de serviços de saúde implantados principalmente nas regiões do entorno do Distrito Federal e nordeste do Estado, dentre outros. Mas, ainda há conquistas a serem alcançadas, como a garantia do atendimento com qualidade aos usuários do SUS, especialmente da atenção básica, assim como o acesso à assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, urgências e emergências e política de humanização da atenção e da gestão no SUS.

Com a proposta de reversão do modelo de atenção à saúde, Goiás vem investindo na implementação da Estratégia Saúde da Família, sob a coordenação da Superintendência

de Políticas e Atenção Integral a Saúde (SPAIS), tendo atingido 99,9% de municípios cobertos com pelo menos uma (01) Equipe de Saúde da Família – ESF. A meta de atingir 70% da população, até o fim de 2007 não foi alcançada, obtendo apenas 54,14% de cobertura. Isto se deve à mudança na fórmula de cálculo (Cobertura =  $n^{\circ}$ . ESFX3000/Pop. do EstadoX100) e também porque depende da gestão municipal. Em relação à Saúde Bucal houve um grande avanço da atenção básica nos últimos quatro anos no Estado. No início de 2007 contou-se com 686 Equipes de Saúde Bucal – ESB - na Estratégia de Saúde da Família, sendo, 568 na modalidade tipo I e 118 na modalidade tipo II, com cobertura populacional de 52,04%, porém ainda não atingiu a proporção de uma ESB para cada equipe da ESF.

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

O Plano Operativo do PROESF, não foi executado em 2007, devido aos entraves jurídicos e burocráticos do Governo do Estado. As oficinas sobre Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, para os técnicos da SES nível central e regional e a III Mostra em Saúde da Família, programadas para 2006, foram reprogramadas para 2007, no entanto, não foram executadas por não ter sido empenhadas em tempo hábil.

Na área de Saúde Bucal destacam-se a implantação até julho de 2007, de Centros Especializados em Odontologia (CEO) dentro do projeto Brasil Sorridente do Ministério da Saúde nos municípios de Anápolis, Goiânia, Jataí, Luziânia, Formosa, Planaltina, Rio Verde, Uruaçu, Itumbiara, Goiatuba, São Luiz dos Montes Belos, Ceres, Iporá e Porangatu e de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) nos municípios de Anápolis, Goiânia, Jataí, Formosa, Planaltina e Uruaçu.

Os serviços de urgência e emergência constituem-se em um importante componente da assistência à saúde, considerando o grande crescimento da demanda destes serviços nos últimos anos, decorrente do aumento do número de acidentes, violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial básica, que tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência ofertados à população.

Para a estruturação do sistema estadual de atenção à urgência e emergência, foi considerada a necessidade de expansão dos serviços públicos, privados contratados para o atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar e, a reestruturação destes serviços à lógica dos sistemas de urgência e emergências integrados com regulação médica e equipe de profissionais em saúde qualificada para o atendimento. Houve, também, adoção de algumas medidas para a organização das redes de serviços integrantes do sistema estadual de urgência e emergência, como cadastramento de estabelecimentos, habilitação de novos serviços e contratualização de prestadores de forma a permitir ao gestor estadual a efetivação do acesso da população às ações e serviços de saúde no Estado de Goiás.

Visando o fortalecimento e operacionalização das unidades de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, foram implantados mecanismos regulatórios para o atendimento às urgências e emergências em 08 regiões (Central, Pireneus, Rio Vermelho, Entorno Norte, Entorno Sul, São Patrício, Norte e Sudeste I.) e está em processo de implantação nas regiões Estrada de Ferro, Sul e Centro Sul, que está sendo desmembrada da região Central. Realizou - se também cursos de Regulação Médica de Urgência e Internação em Urgências para os profissionais nas 08 regiões onde foi implantado o SAMU e está em andamento um novo plano de capacitação de acordo com a Política Nacional de Urgências - PT\GM 248\2002 e com a Portaria de Educação permanente - PT\GM 1998\2007.

Quanto à ampliação da cobertura de atendimento às urgências e emergências e ambulatório 24 horas, foram construídos, equipados e estão em funcionamento os hospitais de urgência de Aparecida de Goiânia e Anápolis. Os hospitais de Santa Helena e Trindade estão com previsão de término de obra e aquisição dos equipamentos hospitalares para o final de 2008. Ampliou-se a cobertura do atendimento pré-hospitalar móvel com a aquisição de 59 unidades móveis de suporte básico e 19 unidades móveis de suporte avançado.

A meta de ampliar o quantitativo e aperfeiçoar as unidades de Ambulatórios 24 horas existentes no Estado não foi alcançada devido mudanças na política de urgência.

A regulação assistencial atua sobre o acesso e a oferta de serviços aos cidadãos, no sentido de intervir positivamente para responder às demandas de saúde nos diversos níveis e etapas do processo de assistência à população. Com o objetivo de aprimorar a regulação da demanda, controlar e avaliar os serviços de saúde a implantou-se complexo regulador da assistência de média e alta complexidade nas regiões: Entorno Norte, Pireneus, Central, São Patrício, Rio Vermelho e Entorno Sul e encontra-se em fase de implantação nas demais regiões, perfazendo um total de 16 complexos regionais e 01 estadual.

Quanto a ampliação da oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade do SUS, está se trabalhando para a conclusão das obras e equipagem dos hospitais da região do Entorno do Distrito Federal, nos municípios de: Novo Gama, Valparaíso e Santo Antonio do Descoberto. Alguns equipamentos foram adquiridos pelo REFORSUS e encaminhados aos hospitais dos referidos municípios, encontra-se em tramitação convênio nº. 2257/00 referente à aquisição de equipamentos para Santo Antônio do Descoberto e também foram encaminhados ao Ministério da Saúde propostas que contemplam municípios pertencentes a RIDE- Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno, cujas formalizações de convênios estão em processo de análise.

E em relação às construções observa-se que: **Novo Gama** continua com a obra paralisada, com apenas dois blocos iniciados e não concluídos. A SES está redirecionando o programa de necessidades de acordo com a pactuação da RIDE. A AGETOP irá executar outro projeto após definição da SES; **Valparaíso**: obra paralisada com cerca de 90% de conclusão. No momento está sendo licitada nova obra para conclusão do hospital com recursos estimado em R\$ 1.200.000,00 e **Santo Antônio do Descoberto**, obra paralisada com 95% de conclusão. O município esta em fase de aprovação do novo projeto de adequação e ampliação da unidade. Após definição do projeto o município apresentará novo valor para finalização do hospital o qual será submetido a novo convênio junto a SES.

A atividade de sistematização de redes estaduais integradas de ações e serviços de saúde no Estado, coordenada pela SPLAN em conjunto com áreas estratégicas da SES, visam à organização dos fluxos e a garantia de acesso às referências das regiões de

saúde e tem sido realizada de modo a possibilitar arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros, ou seja, os serviços de atenção primária devem ser dispersos enquanto os de maior densidade tecnológica, como hospitais, equipamentos de imagem etc, tendem a ser concentrados.

Em 2007, as atividades de conformação de redes, encontram-se na sua maioria conformadas, como se seguem:

- Rede estadual de atenção à saúde da pessoa idosa revisada, juntamente com a SPLAN, encaminhada para aprovação junto à Comissão Inter-Gestora Bipartite e atualmente encontra-se nos Colegiados de Gestores Regionais para discussão e aprovação;
- Redes de saúde mental, traumato-ortopédica e neurologia estão em construção;
- Redes de oncologia, auditiva, portador de deficiência e acidentes biológico concluídas;
- Rede de doenças renais crônicas aprovada em 2005, alterada em 2006 e atualmente está sendo revisada.

O processo de contratualização dos prestadores está em consonância com as necessidades da população e diretrizes do projeto. Todos os prestadores públicos e filantrópicos já assinaram os contratos e o processo encontra-se em fase de conclusão para os prestadores da rede privada.

Quanto ao fortalecimento das ações de avaliação dos sistemas municipais, regionais e estaduais de saúde, foi criada a Câmara Técnica de Avaliação, com a participação de todas as Superintendências, visando institucionalizar a avaliação no Estado. Foi realizada a avaliação dos Sistemas de Urgência nas regiões Entorno Norte, Entorno Sul e Pireneus em 2007.

### 3.2. CONDIÇÕES DE SAÚDE

**Objetivo B.1:** Fortalecer a gestão do sistema estadual de vigilância em saúde com vistas à redução da morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes.

**Diretriz B.1.1:** Fortalecimento da gestão do sistema estadual de vigilância em saúde.

Estratégias/metasp	Meta 2007	Situação atual\justificativa
Apoiar às ações de implantação de unidades de vigilância em saúde do trabalhador nos sistemas municipais, nas 16 regiões de saúde e 03 CEREST no estado.	Alcançada parcialmente	Implantado CEREST estadual. Foram realizadas duas capacitações, para o CEREST Ceres e CEREST Goiânia. Avaliação e pactuação na CIB do Projeto de implantação do CEREST de Formosa e Anápolis
Apoiar a implantação de núcleos de vigilância epidemiológica em doenças não transmissíveis com profissional de nível superior em 105 municípios	Não Alcançada	Não foi possível realizar por dificuldades na liberação de recursos financeiros e déficit de recursos humanos para realizar as ações de vigilância.
Sistematizar o monitoramento dos grupos de risco e danos a saúde da população e o meio ambiente.	Alcançada	Emitido relatório com cadastramento de áreas com populações expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado (VIGISOLO).  Emitido relatório semestral das ações desenvolvidas pelo SISÁGUA
Monitorar os efeitos do céσιο 137 na população de Goiânia.	Alcançada parcialmente	Tarefa realizada permanentemente. Cumprida 80%. Faltam recursos para implementação.
Reestruturar a vigilância epidemiológica da varicela	Alcançada parcialmente	Publicação da portaria nº 74 que torna obrigatória a notificação do agravo no estado. Surtos acompanhados em vários municípios no 2º semestre, a partir de demanda. Por déficit de recursos humanos na vigilância estadual o trabalho não é sistematizado de forma adequada.
Implementar o sistema de vigilância epidemiológica em doença sexualmente transmissível/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS)	Alcançada parcialmente	Déficit de recursos humanos para realizar as ações de vigilância. Dificuldades na liberação de recursos financeiros.
Implementar a integração das	Alcançada	O trabalho de integração não tem sido

ações de vigilância epidemiológica das hepatite B e C nos centro de testagem anônima (CTA's) e serviço de atendimento especializado (SAE)	parcialmente	realizado sistematicamente pelo déficit de recursos humanos na vigilância epidemiológica estadual. A sorologia para hepatites B e C foi implantada em 11 dos 17 CTA's (64,70%).
---	--------------	---

**Diretriz B.1.2:** Redução da morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes

<b>Estratégias/metasp</b>	<b>Meta 2007</b>	<b>Situação atual/justificativa</b>
Aumentar a cobertura vacinal de febre amarela silvestre para 95%	Alcançada	Para controle adequado da doença é necessário o alcance de cobertura de 100% da população. Em virtude dos 7 casos ocorridos no ano houve um aumento no número de doses aplicadas: em 2006 foram aplicadas 271613 doses e em 2007 foram 687801 doses. Cobertura em crianças menores de 1 ano: 106,94%. Porém, apenas 55,28% dos municípios goianos alcançaram a cobertura preconizada.
Aumentar a cobertura vacinal da tríplice viral em crianças menor de 1 ano de 85 para 95%.	Alcançada parcialmente	A cobertura mínima necessária para o controle da doença é 95%. A idade de vacinação é 1 ano e não menor de 1 ano. Cobertura alcançada: 108,36%. Porém, apenas 65,45% dos municípios goianos alcançaram a cobertura preconizada.
Aumentar a cobertura vacinal da dupla em mulheres de na idade fértil para 95%.	Alcançada parcialmente	A cobertura alcançada pelo Estado em 2006 foi de 32,54% e em 2007 foi de 34,29% das mulheres em idade fértil. Apenas 3 municípios alcançaram a cobertura preconizada. Como a cobertura é calculada após a 3ª dose da vacina, os fatores que mais contribuem para as baixas coberturas são: 1º) perda do cartão por parte da pessoa que fica sendo considerada não vacina e toma outra dose que será considerada como 1ª; 2º) não alimentação adequada do Sistema de Avaliação do Programa de Imunização
Reduzir a incidência do número de casos de dengue em 50% ao ano.	Alcançada	Redução de 52,05 % dos casos (2006- 30.156 e 2007- 15.698). Taxa de letalidade de 8,75%, bem acima do preconizado (1%), provavelmente por procura tardia pela assistência por parte dos usuários; unidades de referência municipais desestruturadas; falta de capacitação/sensibilização com os profissionais da assistência; fatores individuais e infecções secundárias podendo desencadear formas mais graves.
Integrar as ações de controle	Alcançada	Foram reativadas as atividades do "Comitê de

<b>Estratégias/metasp</b>	<b>Meta 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
de dengue com outros órgãos de governo (Estaduais e Municipais)		Mobilização da Dengue” com reuniões quinzenais a partir do mês de dezembro de 2007, em virtude do surto de febre amarela.
Implementar o controle das ações de redução multifatoriais das enfermidades não transmissíveis (CARMENT)	Não alcançada	Não foi possível realizar por dificuldades na liberação de recursos financeiros e déficit de recursos humanos para realizar as ações de vigilância.
Promover campanha estadual de vacinação animal	Alcançada	Realizada a campanha anual, em setembro, com cobertura da população canina acima de 80%

**Diretriz B.1.3:** Promoção da atenção à saúde de grupos populacionais mais vulneráveis.

<b>Estratégias/metasp</b>	<b>Meta 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
Reduzir os índices de mortalidade infantil de 22,0 para 18,0 por 1.000 nascidos vivos.	Alcançada	Meta de 18,00 por mil nascidos vivos alcançada/superada pois no ano de 2006 a taxa foi de 13,69%.  Obs.: Os resultados de 2007 ainda não foram consolidados.
Reduzir os índices de mortalidade materna de 45,0 para 39,0 por 100.000 habitantes.	Alcançada	Resultado de 2006: 36,00/100.000 Dados de mortalidade de 2007 ainda não foram consolidados.
Alcançar e manter a coberturas vacinais ideais e homogêneas na campanha do idoso em 70%.	Alcançada	Cobertura alcançada: 99,35%  Homogeneidade: 99,19%
Reorientar o modelo assistencial de saúde mental reduzindo em 55% o número de internações em quatro anos.	Não Alcançada	O número de serviços substitutivos ao modelo hospitalar (CAPS, Residências terapêuticas, outros) implantados no Estado ainda é insuficiente para consolidar o modelo psicossocial. Um dos fatores principais se deve à inexistência de CAPS III nos municípios acima de 200 mil hab., principalmente o município de Goiânia.

**Diretriz B.1.4:** Implementação das ações de controle da Tuberculose e eliminação da Hanseníase.

<b>Estratégias/metasp</b>	<b>Meta alcançada 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
Aumentar as buscas de casos novos de tuberculose de 18,9 para 20,1/100.000 habitantes.	Não Alcançada	A taxa alcançada foi de 6,7/100 mil. SINAM-NET. Apresentando problemas de transferência de dados, não ficaram

		registrados todos os casos.
Reduzir a prevalência de hanseníase de 5.03 para 3,71/10.000 habitantes no estado	Não executado	Indicador deixou de ser avaliado por mudanças em normas segundo Nota Técnica 10 do PNCH.

### 3.2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO – CONDIÇÕES DE SAÚDE

A construção da vigilância em saúde no Brasil é um processo que acompanha o projeto da reforma sanitária e da construção social do SUS. Ao analisar as várias ações de vigilância desenvolvidas comumente de forma isolada, chama atenção a necessidade de utilizar um enfoque sistêmico. É notório que a saúde pública no estado de Goiás, assim como em todo o país, segundo análise do MS, (2003), ainda padece da necessidade de construir sistemas de vigilância integrados e abrangentes, superpondo-se às concepções que destacam somente as práticas e a organização de serviços.

A nova proposta de vigilância em saúde é a idéia de que seu desenvolvimento deve se basear em problemas reais, instalados em áreas delimitadas, cujas ações devem estar envolvidas sob uma perspectiva intersetorial, reafirmando a universalidade e a integralidade. Apesar das dificuldades de integração das vigilâncias em saúde a SES tem procurado avançar nesta perspectiva e investir em problemas reais e prioritários.

O fortalecimento da gestão do sistema estadual de vigilância em saúde com vistas à redução da morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, contempla algumas estratégias que não foram alcançadas, em virtude de dificuldades financeiras e insuficiência de recursos humanos, como a implantação dos núcleos de vigilância epidemiológica em doenças não transmissíveis com profissional de nível superior em 105 municípios e a implementação do controle das ações de redução multifatoriais das enfermidades não transmissíveis (CARMEN), que vem sendo desenvolvidas desde 1999, e que conta com, além do município de Goiânia, com 11 outros municípios em fase de estruturação.

Como parte integrante das ações de vigilância, está compreendida a saúde do trabalhador. Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais, físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral, presentes nos processos de trabalho. Nesse contexto, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho, que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

As ações organizacionais referentes à saúde do trabalhador desenvolvidas em Goiás, contemplam a implantação do CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) estadual e a realização de duas capacitações para o CEREST Ceres e CEREST Goiânia. Encontra-se em avaliação e pactuação na CIB, o projeto de implantação do CEREST Formosa e Anápolis. Foi implantado em 2007, o projeto “Municípios Sentinelas” em Goiânia e Ceres, alimentando o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), fornecendo dados para diagnóstico situacional de saúde do trabalhador.

Em relação às diretrizes de promoção da atenção à saúde de grupos populacionais mais vulneráveis, a meta de reduzir as internações em saúde mental em 55% a partir da reorientação do modelo assistencial não foi alcançada, em razão da insuficiência de serviços substitutivos ao modelo hospitalar vigente no país há muitos anos.

Quanto à implementação das ações de controle da tuberculose e eliminação da hanseníase, a taxa de busca de casos novos de tuberculose foi inferior à meta estabelecida de 20,1/100.000 habitantes, sendo justificada por problemas apresentados no programa de registro de dados SINAM-NET, que teria apresentado dados abaixo do realizado. Sobre a eliminação da Hanseníase, ocorreram mudanças no indicador de prevalência, interferindo na avaliação da meta prevista de 3,71 casos para 10.000 habitantes no estado. O coeficiente de 3,62/10.000 hab. é considerado médio, conforme parâmetro estabelecido pelo MS.

Sobre as metas alcançadas parcialmente, em relação ao fortalecimento da gestão do sistema estadual de vigilância em saúde, nota-se que os entraves encontram-se

prioritariamente na insuficiência ou dificuldade de liberação de recursos financeiros e no déficit de recursos humanos, como citados no monitoramento dos efeitos do césio 137 na população goiana, na reestruturação da vigilância epidemiológica da varicela, na implementação do sistema de vigilância epidemiológica em doença sexualmente transmissíveis/ síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS) e na integração das ações de vigilância epidemiológica das hepatites B e C nos Centros de Testagem Anônimas (CTA's) e serviço de atendimento especializado (SAE).

Visando a redução da morbimortalidade por doenças e agravos prevalentes, as metas estabelecidas em relação à cobertura vacinal que foram alcançadas parcialmente não atingiram os índices de cobertura preconizada em decorrência de diferentes fatores. Quanto a cobertura vacinal de 95% da tríplice viral em criança de 1 ano, apenas 65,45% dos municípios alcançou a cobertura preconizada. A dupla viral em mulheres em idade fértil, em 2007 alcançou 34,29%, do preconizado que é de 95%, onde apenas 3 dos 246 municípios goianos alcançaram o índice determinado. A cobertura é calculada após a terceira dose da vacina e as baixas coberturas observadas se devem a fatores como: perda do cartão de vacina por parte da pessoa a ser vacinada, impossibilitando o registro de doses compatíveis com o aprazamento previamente estabelecido e a alimentação inadequada do Sistema de Avaliação do Programa de Imunização.

Em relação ao alcance da meta de aumentar a cobertura vacinal de febre amarela silvestre para 95% em virtude dos casos da doença ocorridos no ano de 2007, houve um aumento na aplicação de doses nesse ano comparado com 2006, conferindo cobertura em crianças menores de 1 ano de 106,94%, entretanto apenas 55,28% dos municípios goianos alcançaram a cobertura preconizada.

A raiva humana e animal no estado de Goiás apresentaram nos últimos anos uma redução significativa, na última década foram registrados 26 casos animais e 01 humano. O último caso de raiva humana ocorreu em 2001 e de raiva canina ou felina ocorreu em 2002. Visando o controle da raiva animal, a estratégia é promover uma campanha estadual anualmente, sendo que em 2006 a cobertura de vacinação animal foi acima de 80%.

Para o fortalecimento da gestão do sistema estadual de vigilância em saúde com vistas à redução da morbimortalidade, o estado alcançou metas quanto à sistematização do monitoramento dos grupos de riscos e danos à saúde da população e o meio ambiente, emitindo relatório de acompanhamento do VIGISOLO, com cadastramento de áreas com populações expostas a solo contaminado e relatórios semestrais das ações desenvolvidas pelo SISÁGUA.

A meta de reduzir a incidência do número de casos de dengue em 50% ao ano foi alcançada, sendo registrado redução de 52,05% dos casos em 2007, entretanto, a taxa de letalidade de 8,75% ficou bem acima do índice preconizado de 1%. Essa alta taxa, justificou-se por: procura tardia dos usuários pela assistência, unidade de referência municipal desestruturada, falta de capacitação/sensibilização para os profissionais da assistência, fatores individuais e infecções secundárias podendo desencadear formas mais graves da doença, favorecidos pela interação dos vários fatores mencionados.

A descentralização das coletas de isolamento viral para 75% das regionais de saúde, visando o monitoramento do vírus circulante de maneira mais ágil e eficaz, e o exame sorológico descentralizado em 06 municípios, contribuiu para a integração das ações de controle da dengue com outros órgãos de governo.

A taxa de mortalidade infantil é um dos principais indicadores de saúde pública, utilizado como indicador geral e específico. De acordo com dados do IBGE, esta taxa vem diminuindo no Estado progressivamente, aproximando-se do parâmetro considerado mínimo. São consideradas altas as taxas acima de 50 óbitos por mil nascidos vivos (NV), médias entre 20 e 40 óbitos por mil NV e baixas abaixo de 20 óbitos por mil NV. Buscando a promoção da atenção à saúde de grupos populacionais mais vulneráveis, destacou-se a redução dos índices de mortalidade infantil de 18 por mil nascidos vivos para 13,69% em 2006, sendo superados em 2007 (ainda não consolidados).

Quanto à redução dos índices de mortalidade materna observa-se que o estado alcançou a meta, tendo em vista que o mesmo se propunha diminuir a taxa de 45,0 para 39,0 por 100.000 habitantes, e já em 2006 conseguiu o resultado de 36,00/100.000 habitantes, abaixo do previsto.

A campanha do idoso continua superando a meta de 70% de cobertura, sendo que em 2007 alcançou 99,35% de cobertura e 99,19% de homogeneidade.

### 3.3. GESTÃO EM SAÚDE

**Objetivo C.1:** Consolidar a descentralização e regionalização do SUS.

**Diretriz C.1.1:** Promoção da descentralização da gestão e a municipalização das ações e serviços de saúde.

<b>Estratégias/metasp</b>	<b>Meta alcançada 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
Implementar a descentralização da gestão e das ações e serviços de saúde para os municípios os 246 municípios.	Alcançada	Foram cadastrados no Ministério da Saúde proposta de convênios elaborados pelas áreas técnicas da SES, cujo objeto contempla ações de construção, reforma e ampliação; aquisição de equipamentos, veículos ou materiais para treinamentos e capacitações;
Fortalecer a cooperação técnica permanente aos 246 municípios no estado de Goiás	Alcançada	Foram realizadas assessorias permanentes aos municípios de acordo com a demanda, principalmente com relação à Programação Pactuada e Integrada (PPI), e orçamentação do Sistema de Informações Ambulatoriais.
Fortalecer as 16 administrações regionais de saúde em Goiás.	Alcançada	Todas as regionais de saúde foram capacitadas para cooperar e assessorar com os municípios na elaboração da PPI e programação no SisPPI, estando aptas para consolidar as bases e enviá-las à SES. Foi realizada uma oficina com as 16 administrações de saúde, para conhecimento e troca de informações entre a SPLAN e as Regionais.
Descentralizar 11 serviços do LACEN para os municípios.	Alcançada	SERVIÇOS DESCENTRALIZADOS 01 – Diagnóstico sorológico de infecção pelo HIV 02 - Diagnóstico sorológico de Dengue

Estratégias/metasp	Meta alcançada 2007	Situação atual\justificativa
		03 - Diagnóstico sorológico de Hepatite B 04 - Diagnóstico sorológico de Hepatite C 05 - Diagnóstico de Malária (pesquisa direta) 06 - Diagnóstico parasitológico de Leishmanioses 07 - Diagnóstico de Tuberculose (baciloscopia) 08 - Diagnóstico de Hanseníase (baciloscopia) 09 - Coleta de material para CD4/CD8 10 - Coleta de material para Carga Viral 11 - Análise para monitoramento da qualidade da água para consumo humano Em 05 laboratórios municipais - em andamento 12 - Descentralização de Kits para cultura de meningite.

**Objetivo C.2:** Fortalecer e modernizar a gestão e melhorar a qualidade das ações serviços de saúde

**Diretriz C.2.1:** Promoção da expansão da infra-estrutura e modernização funcional e institucional da SES/GO.

Estratégias/metasp	Meta alcançada 2007	Situação atual\justificativa
Elaborar e implementar o plano de modernização da SES/GO.	Não alcançada	Este plano de Modernização ainda não foi elaborado e implementado. Sugerimos a mudança do prazo para 2008-2011, justificando que vários são os instrumentos existentes ou em fase de construção que poderão subsidiar a elaboração do mesmo, dentre eles: As Funções Essenciais de Saúde Pública (concluída), Plano Estadual de Saúde (em fase de elaboração), as diretrizes do Pacto pela Saúde, etc. Será criada uma comissão com participação de representantes de todas as Superintendências para a elaboração do mesmo.

Estratégias/metasp	Meta alcançada 2007	Situação atual\justificativa
Adequar e modernizar a rede física SES e das unidades assistências.	Parcialmente alcançada.	Existem vários processos de construção, ampliação e adequação da rede física da SES em tramitação.
Definir estrutura gerencial para as áreas de assistência farmacêutica	Não alcançada	A área da Assistência Farmacêutica ainda não foi efetivada como gerência, devendo esta estratégia ser realizada com a máxima urgência e vinculada ao Gabinete do Secretário, tendo em vista a necessidade de conferir maior autonomia para área objetivando a implantação/implementação da Política de Assistência Farmacêutica nos 246 municípios do Estado de Goiás
Desenvolver ciência e tecnologia em saúde nas áreas de informação e gerenciamento de equipamentos.	Parcialmente alcançada.	Acho que foi alcançada. Ainda não está disponível em toda a SES, por falta de política neste sentido.O Sistema de Informação de Equipamentos – SIE já está funcionando no HUGO. Complementando: Tem na Suleide, o Sisrad, Sispen e Sistema de Informação e Arquivo.
Identificar novas tecnologias em saúde a serem aplicadas na SES.	Alcançada	A identificação de novas tecnologias é feita sistematicamente pela GITS e aplicada na SES, principalmente na aquisição de equipamentos para os hospitais de referência.
Desenvolver critérios de avaliação de incorporação tecnológica em saúde.	Não alcançada	Os critérios de avaliação de incorporação tecnológica em saúde não foram elaborados ainda na SES.
Promover cooperação técnica e parcerias junto ao MS e outras organizações para apoiar os projetos da SES.	Alcançada	A cooperação técnica e parcerias com o MS estão sendo realizadas para apoiar os projetos de construção e aquisição de equipamentos da SES. Tem parceria com: MS, Fiocruz, Cnen, MPF, Anvisa, IRD.
Reformar o Centro Formador de Recursos Humanos/Escola de Saúde Pública Cândido Santiago, Hospital Medicina Alternativa, Central de Odontologia e Maternidade Dona Íris.	Parcialmente alcançada.	<p>Enquanto CENFORH, foi constituído para a reforma o Processo nº.200400010003504, o qual previa intervenção de conservação de todo edifício. Infelizmente o processo ficou paralisado por falta de recurso.</p> <p>Já como ESAP, o convênio federal expirou e o processo da obra não pôde tramitar. Será feita nova validação do convênio para viabilizar a licitação da obra cuja instrução processual está pronta. Processo 200700010003090.</p> <p>HMA/CENTRAL ODONTOLÓGICA: existem dois processos que contemplam a reforma geral com</p>

Estratégias/metasp	Meta alcançada 2007	Situação atual\justificativa
		<p>ampliação e modernização das unidades, e se encontram paralisados por falta de recurso.</p> <p>MATERNIDADE DONA IRIS: o processo de reforma geral foi submetido à atualização de valores e já está em fase de licitação.</p>
Implementar a política "Humaniza SUS"	Alcançada parcialmente	A área responsável por esta estratégia já disseminou a política nos diversos municípios do Estado e encontra-se aguardando a pactuação dos gestores municipais feita por meio do Termo de Compromisso de Gestão visando a implementação da mesma.
Implementar a política de medicamentos	Alcançada parcialmente	A Política de Assistência Farmacêutica de Goiás publicada em 2004 envolve um grupo de atividades, onde o insumo principal é o medicamento e está em fase de implantação.
Instituir entrega dos medicamentos de alto custo aos municípios onde residem os pacientes, de modo a evitar filas no Centro de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa	Não alcançada	A descentralização da entrega dos medicamentos só poderá ser realizada se houver a regularização do abastecimento e a partir daí, o envio destes para as regionais e, posteriormente, aos municípios. A entrega no domicílio do paciente deverá ser realizada pelo próprio município se for da conveniência do gestor.
Implantar sistema compras NET	Não alcançada	Aguardando a integração entre os sistemas de Compras NET e o SIGMATE, a ser realizada pela AGANP
Implantar sistema de solução integrada de informação em saúde (SIGA-SAÚDE)	Não alcançada	Sistema SIGA-SAÚDE foi vetado pela PGE. Por este motivo elaborou-se um novo projeto de Business Intelligence, que se encontra aguardando a emissão do empenho para que a empresa vencedora do processo licitatório inicie os trabalhos.
Implantar sistema de apoio à decisão – identificação das fontes de informações e unificação na base de dados de inteligência de negócios	Não alcançada	Implantação do Sistema de BI licitado e vencido pela empresa Sisp, aguardando empenho para início dos trabalhos.
Implantar sistema de gestão hospitalar	Não alcançada	Os processos licitatórios para aquisição de infraestrutura não foram concluídos.
Implantar mensageira	Não alcançada	O processo para aquisição da ferramenta de

<b>Estratégias/metasp</b>	<b>Meta alcançada 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
eletrônica		mensagemira eletrônica, Oracle Colaboration Suit, e serviços de suporte para implantação foram cancelados. A área está elaborando um novo projeto com o objetivo de atender a esta finalidade.
Contratar e implantar o sistema DATA-CENTER	Não alcançada	Aguardando a implementação pela SEFAZ de um Data-Center único para o Estado
Expandir a melhoria de infra-estrutura da rede lógica de dados	Alcançada parcialmente	Processo de ampliação e manutenção da rede lógica e elétrica encontra-se em andamento

**Diretriz C.2.2:** Desenvolvimento das ações de formação e educação permanente e continuada das pessoas que atuam no SUS

<b>Estratégias/metasp</b>	<b>Meta alcançada 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
Formular, implementar e avaliar o plano de formação e educação permanente para SUS estadual.	Alcançada parcialmente	Foi instituída Comissão Técnica para análise e avaliação dos Projetos encaminhados pelos Pólos de Educação Permanente ao Fórum, para definições de prioridades, sob a coordenação da GESAP. Analisou-se e foram aprovados 33 projetos para encaminhamento junto às autoridades competentes para alocação de recursos e execução.
Formular e implementar e avaliar o plano de desenvolvimento institucional da GESAP, incluindo o regimento interno.	Alcançada parcialmente	Foi enviado Plano Anual de Capacitação referente ao ano de 2006 para a Escola de Governo com valores previstos, inclusive o Planejamento para 2007, porém em virtude da falta de recursos apenas alguns projetos foram executados.  No período de 2004 – 2007 foram capacitados 82.139 servidores.
Identificar linhas de financiamento existentes voltados para a educação permanente.	Alcançada parcialmente	Neste período as linhas de financiamento para a Educação Permanente foram via Portaria 198/2003 que instituiu o processo de Educação Permanente, por meio do Ministério da Saúde. Em virtude da morosidade na liberação de recursos apenas 1/3 dos projetos foram aplicados e executados, bem como a mudança na

<b>Estratégias/metasp</b>	<b>Meta alcançada 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
		Política de Educação Permanente, surgindo a Portaria 1996/2007.
Capacitar prioritariamente às pessoas das regionais de saúde e a área de manutenção e operação de equipamentos médicos hospitalar.	Não alcançada	Não foi realizado por falta de recursos do Tesouro Estadual.
Formular política de gestão de pessoas do SUS/GO e aplicação do plano de cargos e salários.	Parcialmente alcançada	Não pode ser atendida por ser um ato de ingerência em outras instâncias do SUS. Com relação à SES o plano de cargos e salários já foi aprovado e já foi concluída a adesão.
Formar e capacitar 40.000 profissionais do setor saúde do estado e municípios, no período de 2004 a 2007.	Alcançada	Conforme produção no item a meta ultrapassou em 100%. Foram capacitados e formados 82.139 profissionais
Desenvolver e implantar o banco de dados de qualificação profissional	Parcialmente alcançada	Ainda encontra-se em fase de levantamento dos prováveis colaboradores, atividade não concluída por falta de verbas.  Temos mais de 100 profissionais cadastrados como colaboradores nos cursos da ESAP.
Criar biblioteca virtual	Alcançada	Em 2007 foi inaugurada a Biblioteca Virtual "Ena Galvão" Foram capacitados 12 profissionais para operacionalizar o sistema.

**Diretriz C.2.3:** Modernização da gestão orçamentária e financeira da SES.

<b>Estratégias/metasp</b>	<b>Meta alcançada 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
Elaborar um plano de modernização da gestão orçamentária e financeira	Parcialmente alcançada	A modernização foi efetuada com a implantação do SIOFNET, mas qualquer alteração depende da SEPLAN/SEFAZ.
Integrar o sistema SIOFNET entre todas as superintendências e entidades externas ao processo de gestão orçamentária e financeira.	Alcançada	Todo o sistema já é integrado pelo SIOFNET
Controlar e acompanhar o cumprimento da emenda constitucional no SUS.	Alcançada	Atividade contínua
Estabelecer um plano orçamentário para sustentar as ações definidas no planejamento estratégicos/SES-	Alcançado parcialmente	O orçamento da SES foi elaborado, algumas ações foram realizadas, entretanto a elaboração de tal orçamento

GO		não foi orientada pelas diretrizes de referido plano e sim levando em consideração a situação da SES.
Compatibilizar o PPA 2004-2007 com o plano estadual de saúde.	Alcançado parcialmente	Alcançado 90%, durante todo o exercício foram realizadas assessorias às áreas técnicas da SES-GO para alimentação do SIGEPLAN, além do monitoramento das realizações e obras cadastradas no SIGEPLAN. Em 2007, apesar da integração ao SIOFI, o SIGEPLAN ainda encontra muita dificuldade na alimentação de seus dados devido à dificuldade orçamentária de remanejar recursos.
Efetivar o convênio fundo protege (fundo de proteção social de Goiás)	Não alcançada.	O Fundo Protege está sofrendo alterações através da Lei nº. 16.232/08, que só foi promulgada em 08/04/08.
Eliminar o passivo financeiro da secretaria de estado da saúde, ordem de 80 milhões de reais.	Parcialmente alcançada.	Varias negociações foram realizadas para sanar tal situação, mas devido ao déficit financeiro do Estado, não se obteve sucesso. Estudos estão sendo desenvolvidos para minimizar o passivo financeiro da SES, cujo montante chega a 200 milhões de reais, inscritos.
Definir o cumprimento de um fluxo regular de recursos mensais para a SES-GO	Parcialmente alcançada.	Alcançada parcialmente, em função dos atrasos nos repasses financeiros. Portanto, necessita-se efetivar o cumprimento da EC nº. 29 que preconiza a aplicação de 12% da Receita Líquida de Impostos e Transferências Constitucionais e legais.

**Diretriz C.2.4:** Aperfeiçoamento dos processos de controle social e promoção da satisfação do usuário em relação às ações e serviços de saúde

<b>Estratégias/metás</b>	<b>Meta alcançada 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
Implantar sistema de ouvidorias nas unidades e serviços de saúde.	Alcançada parcialmente	Processo de descentralização da rede de ouvidoria/SEPRU em andamento. Previsto conclusão para final de 2008
Transferir capacidade técnica às regionais de saúde para desenvolver e acompanhar as ações dos municípios.	Alcançada parcialmente	Meta não alcançada na sua totalidade devido ao déficit de recursos humanos e logística. Está previsto concurso público para 2008.
Instituir mecanismo de participação dos usuários no planejamento,	Não alcançada	No entanto, o CES está presente na formulação do Plano Estadual de Saúde

Estratégias/metapas	Meta alcançada 2007	Situação atual\justificativa
programação, monitoramento e avaliação do sistema de saúde.		2008/2011, com representação de usuários e trabalhadores
Contribuir para o fortalecimento do CES.	Alcançada parcialmente	Foram realizadas articulações junto às instituições que compõem o CES para que as mesmas tivessem uma participação mais efetiva no CES e na realização da VI Conferência Estadual de Saúde.
Estimular as instâncias municipais responsáveis pelas ações de saúde pública a participarem efetivamente dos conselhos de saúde.	Alcançada parcialmente	Com realização de 171 Conferências Municipal de Saúde no ano de 2007
Fortalecer o controle social capacitando 100% dos conselheiros estaduais e municipais	Não alcançada	Devido à falta de recursos. Está programada, para 2008, capacitação de conselheiros estaduais e municipais.
Instituir política de proteção ao usuário	Alcançada	Incorporada ao serviço de ouvidoria.
Implantar um sistema para registro das sugestões, queixas ou insatisfações dos usuários em relação às ações e serviços, de modo a contribuir com os gestores no planejamento e na tomada de decisão.	Alcançada	Incorporada ao serviço de ouvidoria.
Estruturar o serviço de proteção aos usuários do sistema único de saúde em Goiás - SEPRU nas regiões de saúde do entorno norte, entorno sul, nordeste e pireneus (convênio SES-GO/Québec - Canadá).	Alcançada	Incorporada ao serviço de ouvidoria.

### 3.3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO - GESTÃO EM SAÚDE

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

Considerando a necessidade de o planejamento de uma instituição ser construído em cima de uma avaliação consistente, fundamentada em indicadores devidamente pontuados por meio de uma metodologia criteriosa e rigorosa, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás realiza, entre outras ações, o relatório de gestão anualmente, para verificar os avanços e entraves do sistema de saúde estadual.

A descentralização do Estado por meio da regionalização proporciona à assistência maior eficácia, eficiência e equidade ao sistema de saúde devido a maior racionalização no uso dos serviços de saúde. Neste contexto, o Estado passa a ter um papel essencial de coordenador do processo de negociação e pactuação no SUS estadual. Segue abaixo o quadro demonstrativo da Regionalização de Goiás – 2007.

**Quadro 1 - Regionalização do Estado Goiás- PDR/GO. 2007**

MACROREGIÃO	MICRORREGIÃO	QTD MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
CENTRO OESTE	CENTRAL	25	2.746.427
	CENTRO SUL	25	
	RIO VERMELHO	18	
	OESTE I	16	
	OESTE II	13	
NORDESTE	ENTORNO NORTE	17	1.142.849
	ENTORNO SUL	07	
	NORDESTE	07	
CENTRO-NORTE	NORTE	13	. 972561
	SERRA DA MESA	09	
	PIRINEUS	12	
	SÃO PATRÍCIO	12	
SUDOESTE	SUDOESTE I	17	509.594
	SUDOESTE II	17	
SUDESTE	ESTRADA DE FERRO	18	469.192
	SUL	13	
<b>TOTAL</b>		<b>246</b>	<b>5.840.653</b>

Fonte: SPLAN/SES

Visando consolidar a regionalização do SUS e promover a descentralização da gestão a SES promoveu cooperação técnica e parcerias entre esta e o MS, Fiocruz, CNEN, MPF, ANVISA e IRD para a construção, reforma e ampliação de unidades, aquisição de equipamentos, veículos ou materiais para treinamentos e capacitações.

Foram estabelecidas estratégias e metas para promover a expansão da infraestrutura e modernização funcional e institucional da SES, sendo a elaboração e implementação do Plano de Modernização, sugerido para o período de 2008/2011.

Encontram-se em tramitação na SES, vários processos de construção, ampliação e adequação da rede física.

Quanto à incorporação e desenvolvimento tecnológico em saúde nas áreas de informação e gerenciamento de equipamentos, falta elaborar critérios de avaliação para implementação destes nas unidades da SES, o sistema de informação é incipiente, contudo a identificação de novas tecnologias é feita sistematicamente pela Gerência de Incorporação Tecnológica em Saúde/GITS e aplicada na SES, principalmente na aquisição de equipamentos para os hospitais de referência.

Quanto à organização de serviços e aprimoramento da informatização, a implantação de sistemas ágeis e funcionais, como o Compras NET e o de Solução Integrada de Informação em Saúde/SIGA-SAÚDE, não se efetivaram por dificuldades operacionais e burocráticas. O SIGA-SAÚDE foi substituído por um novo projeto que se encontra em fase de tramitação na SES. Visando a expansão da melhoria estrutural, está em andamento a ampliação e manutenção da rede lógica e elétrica. Outros sistemas como: apoio à decisão – identificação das fontes de informações e unificação na base de dados de inteligência de negócios, sistema de gestão hospitalar, mensageira eletrônica e sistema DATA-CENTER, não foram concluídos ou efetivados, por dificuldades burocráticas e administrativas.

Para a estruturação da rede física, foi estabelecida como meta para 2007, a reforma do Centro Formador de Recursos Humanos/Escola de Saúde Pública Cândido Santiago, do Hospital de Medicina Alternativa, da Central de Odontologia e da Maternidade Dona Íris. Foram autuados processos para estas finalidades, que no caso do CENFORH/ESAP, HMA e Central Odontológica, não se efetivaram devido a entraves burocráticos e financeiros. Quanto à Maternidade, a licitação foi feita e encontra-se em fase de reforma.

Com ênfase na vertente diretiva de promoção da descentralização da gestão e dos serviços de saúde, foi promovida a descentralização de 11 serviços do LACEN e encontra-se em andamento a estruturação de 5 laboratórios municipais para monitoramento da qualidade da água de consumo humano

Ainda com vistas à modernização funcional e institucional da SES, a estrutura gerencial para a área de assistência farmacêutica não foi efetivada. Essa estratégia visa conferir maior autonomia a esse setor, objetivando a implantação/implementação da Política de Assistência Farmacêutica nos 246 municípios goianos. Essa estruturação deverá contribuir na execução das atividades pertinentes à Política de Medicamentos que se encontra em fase de implantação.

Em relação à descentralização da entrega dos medicamentos pelo Centro de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa aos municípios onde residem os pacientes, buscando humanizar o atendimento e evitar filas, só poderá ser realizada se houver a regularização do abastecimento. Assim, o envio destes medicamentos para as regionais e, posteriormente, aos municípios para entrega no domicílio do paciente, deverá ser realizada pelo próprio município se for da conveniência do gestor.

A fim de promover a modernização da gestão na SES, a implementação da Política de Humanização “Humaniza SUS”, em todas as suas nuances, é fundamental na elaboração e desenvolvimento dos processos de trabalho para que estes sejam resolutivos, equânimes e integrais. Essa estratégia foi parcialmente alcançada, uma vez que dependente da pactuação dos gestores municipais por meio do Termo de Compromisso de Gestão.

Objetivando o desenvolvimento das ações de formação e educação permanente e continuada das pessoas que atuam no SUS, foi estabelecido como meta a formulação, implementação e avaliação do Plano de Formação e Educação Permanente em Saúde para o SUS estadual. Para atender a essa finalidade, foi instituída sob a coordenação da GESAP, uma comissão técnica para análise e avaliação de projetos. A comissão aprovou 33 projetos, que foram encaminhados para alocação de recursos e execução, junto às autoridades competentes. Quanto à implementação e avaliação do Plano Institucional da GESAP, incluindo o regimento interno, apenas alguns projetos foram executados por falta de recursos financeiros.

A captação de recursos financeiros para a aplicação na execução dos projetos de capacitação e educação permanente, se deu por meio da Portaria Ministerial 198/2003, entretanto a morosidade na liberação dos recursos e a mudança na Política de Educação

Permanente estabelecida pela Portaria 1996/2007, inviabilizou a realização dos projetos elaborados, sendo executados apenas 1/3 dos previstos.

Além destas dificuldades, de âmbito intersetorial e administrativo, a falta de recursos do Tesouro Estadual, dificultou a capacitação dos trabalhadores das regionais de saúde, bem como daqueles das áreas de manutenção e operação de equipamentos médico-hospitalares, no entanto, várias capacitações com recursos federais foram desenvolvidas pelas diversas áreas da SES.

Em relação à capacitação de profissionais lotados nos municípios, o resultado foi satisfatório, ultrapassando a meta prevista em 100%, no período de 2004 a 2007. A biblioteca virtual “Ena Galvão” foi inaugurada em 2007, estando em pleno funcionamento e servindo de instrumento informativo, desenvolvimental e de pesquisa, contribuindo na formação e educação permanente e continuada das pessoas que atuam no SUS.

Na modernização da gestão orçamentária e financeira da SES foi efetuada a implantação do SIOFNET, sendo as alterações necessárias dependentes da SEPLAN/SEFAZ. A meta de integração do sistema SIOFNET entre as superintendências e entidades externas ao processo de gestão orçamentária e financeira, foi alcançada em 2007.

O controle e o acompanhamento do cumprimento da emenda constitucional n.º 29/2000 é uma atividade executada continuamente na SES, visando o enfrentamento de dificuldades de financiamento vividas pelo SUS, praticamente desde sua criação. Apesar da execução contínua dessa atividade, faz-se necessário definir o cumprimento de um fluxo regular de recursos mensais para a SES-GO, a fim de proporcionar a aplicação de 12% da Receita Líquida de Impostos e Transferências Constitucionais e legais. Foi elaborado um plano orçamentário para sustentar as ações definidas no planejamento estratégico da SES, entretanto este não foi orientado pelas diretrizes do PES, e sim considerando a situação da Secretaria de Estado da Saúde.

Uma estratégia a ser alcançada em 2007, era eliminar o passivo financeiro da Secretaria de Estado da Saúde na ordem de 80 milhões de reais, a qual foi parcialmente cumprida. Várias negociações foram realizadas para resolver a situação, entretanto devido ao déficit financeiro do Estado, não se obteve sucesso. Estudos estão sendo

desenvolvidos no sentido de minimizar o passivo financeiro da SES, cujo montante é de 200 milhões de reais, inscritos.

Quanto à compatibilização do PPA 2004-2007 com o Plano Estadual de Saúde, foi alcançado parcialmente. Em 2007, apesar da integração ao SIOFNET, o SIGEPLAN encontrou muita dificuldade na alimentação de seus dados, devido a entraves no remanejamento de recursos.

O fortalecimento do controle social e a garantia da participação dos usuários no planejamento, programação, monitoramento e avaliação do sistema de saúde, utilizando mecanismos participativos e integrados, não foi alcançada plenamente. O fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde ocorreu por meio de articulações realizadas com as instituições que compõem o Conselho, o que favoreceu uma participação mais efetiva junto a esta instância, bem como na realização da VI Conferência Estadual de Saúde.

A realização de 171 Conferências Municipais de Saúde em 2007 estimulou a participação efetiva dos conselhos municipais de saúde. Para atender a necessidade de fortalecimento do controle social, a meta de capacitar 100% dos conselheiros ainda não foi realizada devido à falta de recursos.

No que se refere ao aperfeiçoamento dos processos de controle social e promoção da satisfação do usuário em relação às ações e serviços de saúde, encontra-se em processo de descentralização a rede de ouvidoria/SEPRU, com conclusão prevista para 2008. A instituição dessa Política de Proteção ao Usuário, visa implantar um sistema para registro das sugestões, queixas ou insatisfações dos usuários em relação às ações e serviços, de modo a contribuir com os gestores no planejamento e na tomada de decisão. O serviço de proteção aos usuários foi implantado nas regiões de saúde do entorno norte, entorno sul, nordeste e pireneus com o apoio do convênio SES-GO/Québec - Canadá.

Foi estabelecida como meta a transferência de capacidade técnica às regionais de saúde para contribuir no desenvolvimento e acompanhamento de ações junto aos municípios adstritos, entretanto não foi realizada na sua totalidade em decorrência do déficit de recursos humanos e logísticos. A realização de concurso público, para sanar o déficit de recursos humanos esta previsto para 2008.

### 3.4. SETOR SAÚDE

**Objetivo D.1:** Fomentar ações de saneamento ambiental voltadas à prevenção e ao controle de doenças

**Diretriz D.1.1:** Ampliação da cobertura dos serviços de saneamento ambiental

Estratégias/metasp	Meta alcançada 2007	Situação atual\justificativa
Implantar o projeto de educação sanitária e ambiental na escola em 05 escolas públicas.	Alcançada	Projeto EDUCANVISA implantado no município de São Luis de Montes Belos, desenvolvido em parceria com a ANVISA.
Promover a capacitação de 550 conselheiros municipais de vigilância sanitária e ambiental.	Alcançada	A estratégia adotada pela SVISA, para o envolvimento dos Conselheiros Municipais de Saúde nas questões de vigilância sanitária e ambiental, foi a participação nas etapas municipais e estadual da Conferência de Saúde e a inserção de seus temas na pauta das reuniões do COSEMS e Bipartite.
.Elaborar, imprimir e distribuir material educativo sobre vigilância sanitária e ambiental para a população do estado, (10.000 folders; 1.000 cartazes; 10.000 cartilhas).	Alcançada	O material educativo elaborado e distribuído extrapolou a meta estabelecida, sendo abordado os temas: informe técnico sobre as questões ambientais (caramujo africano, água para o consumo humano, resíduos, saúde do trabalhador, radiação ionizante e serviços de saúde).
Promover articulação com instituições educacionais e órgãos responsáveis por atividades afins, para execução de projetos de educação sanitária e ambiental em 04 instituições educacionais e 06 órgãos fiscalizadores.	Alcançada	Parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e Educação dos 246 municípios goianos, o Ministério Público e UFG no projeto da Avaliação Qualidade da Merenda Escolar.

**Objetivo D.2:** Ampliar a vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes.

**Diretriz D.2.1:** Garantia de segurança, eficácia e qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública.

Estratégias/metasp	Meta alcançada 2007	Situação atual\justificativa
Inspeccionar produtos e serviços sujeitos ao regime de vigilância sanitária estadual	Alcançada Parcialmente	<p>Meta de inspeção de produtos: 70% cumprida, e meta de inspeção de serviços: 40% cumprida.</p> <p>Justifica-se o não cumprimento de metas pelos seguintes fatores: o processo descentralização das ações de VISA onde os municípios assumiram as ações de médio e alto risco sanitário, ficando a SVISA com a atribuição de: capacitação, supervisão e cooperação técnica junto aos mesmos; outro agravante foi à morosidade de liberação de recursos financeiros para o custeio de viagens (diária e combustível).</p>
Fortalecer a prevenção de riscos sanitários com aumento das fiscalizações sanitárias.	Meta alcançada	<p>Desenvolvimento dos programas: PARA (Programa de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos), VIGIAGUA (Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano), PROVEME (Programa de Verificação de Medicamentos), e VIGISOLO.</p> <p>Inspeção em conjunto com a CNEM, nos aparelhos de Mamografia no estado de Goiás.</p>
Apoiar os 246 municípios na implantação das ações de vigilância sanitária.	Meta alcançada	<p>Supervisão na elaboração do Plano de Ação de Vigilância Sanitária e Ambiental pelos municípios goianos.</p> <p>15 reuniões com a participação dos 246 municípios de Goiás para apresentação do Pacto pela Saúde.</p> <p>Participação em 07 reuniões do Colegiado Regional de Gestão, constando na pauta às questões de VISA.</p> <p>Realização de 19 eventos de capacitação técnica com 750 profissionais municipais de VISA</p>

		treinados.  Projeto EDUCANVISA: implantado em 05 escolas municipais da cidade de São Luiz de Montes Belos.
--	--	--

**Objetivo D.3:** Construir agenda nacional de prioridade de pesquisa em saúde, incentivando o desenvolvimento tecnológico.

**Diretriz D.3.1:** Formulação e implementação da política estadual de ciência, tecnologia e inovação em saúde, buscando a equidade e a regionalização.

<b>Estratégias/metás</b>	<b>Meta 2007</b>	<b>Situação atual\justificativa</b>
Desenvolver pesquisas de inovação metodológica e técnica – científica em saúde	Alcançada Parcialmente	Em andamento com 14 projetos. Aguarda o repasse dos projetos priorizados por parte do Estado através da SECTEC. PPSUS.

### 3.4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO – SETOR SAÚDE

Esta análise contemplará os seguintes componentes: ambiente e saúde, vigilância sanitária e pesquisa em saúde, tecnologia e insumos estratégicos.

Os maiores desafios relativos ao desenvolvimento do SUS, além de outros, referem-se à estruturação de um novo modelo de atenção à saúde que, alicerçado nos conceitos e funções da saúde pública, subordine os programas da assistência médica individual àqueles de interesse coletivo, realizando as atividades de promoção e proteção da saúde e garantindo os direitos de cidadania.

Para assegurar a qualidade e o acesso a produtos, serviços e ambientes saudáveis de interesse da saúde, as ações de vigilância sanitária, devem necessariamente fazer o uso de diversas tecnologias de intervenção que visem o controle, diminuição ou a eliminação dos riscos de doenças e agravos para melhoria da qualidade de vida.

Em Goiás, a vigilância ambiental está inserida na Superintendência de Vigilância Sanitária (SVISA) e é o setor responsável pela execução das ações de vigilância de fatores não biológicos: água para consumo humano; ar; solo; contaminantes ambientais e substâncias químicas; desastres naturais; acidentes com produtos perigosos; fatores físicos e ambientes de trabalho.

A ampliação e diversificação da economia no estado de Goiás exigem, cada vez mais, uma atuação mais ágil do setor de fiscalização, responsável pela concessão de licença sanitária para empresas que atuam na oferta de serviços e produtos. Para se adequar a esse novo contexto, houve um grande investimento em capacitação técnica dos fiscais de vigilância sanitária, vinculados ao Estado e aos municípios, e na descentralização de suas ações para regionais e municípios, enfocando a Vigilância Ambiental.

O estado de Goiás conta com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT), que é um órgão de consultoria na área de emergências toxicológicas. Atende em regime de plantão permanente (24 horas por dia) as solicitações telefônicas por parte dos serviços de saúde e a população em geral. Os dados das intoxicações notificadas tornam-se fontes para conhecimento geográfico/regional desta informação e como fonte de ação intra e interinstitucional.

Para fomentar ações de saneamento ambiental voltadas à prevenção e ao controle de doenças, faz-se necessária a ampliação de cobertura dos serviços de saneamento ambiental. Visando trabalhar essa diretriz, foi implantado o projeto EDUCANVISA no município de São Luís de Montes Belos, desenvolvido em parceria com a ANVISA. Esse projeto compõe a estratégia de educação sanitária e ambiental a ser desenvolvido na escola.

Com vistas a promover a capacitação de conselheiros municipais em saneamento ambiental, a SVISA utilizou as etapas municipal e estadual da Conferência de Saúde.

Visando garantir a segurança, eficácia e qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública, a SVISA estabeleceu como estratégias e metas a inspeção de produtos e serviços, e obteve 70% e 40% de alcance, respectivamente. O não cumprimento das metas se justifica devido ao processo de

descentralização para os municípios das ações de médio e alto risco sanitário serem de difícil realização, outro problema foi referente a morosidade na liberação de recursos financeiros para o custeio de viagens.

Para fortalecer a prevenção de riscos sanitários, intensificando as fiscalizações sanitárias, houve o desenvolvimento dos programas: PARA (Programa de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos), VIGIAGUA (Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano), PROVEME (Programa de Verificação de Medicamentos) e VIGISOLO. Foi realizada em conjunto com a CNEM, inspeção nos Mamógrafos em Goiás.

Visando construir agenda nacional de prioridade de pesquisa em saúde, incentivando o desenvolvimento tecnológico, a formulação e implementação da política estadual de ciência, tecnologia e inovação em saúde, buscando a equidade e a regionalização, encontram-se em andamento 14 projetos.

### 3.5. INVESTIMENTO EM SAÚDE

**Objetivo E.1:** Definir a política estadual de investimento em saúde

**Diretriz E.1.1:** Elaboração de plano estadual de investimento

Estratégias/metasp data-bbox="441 631 561 676">Meta alcançada 2007	Situação atual\justificativa
Atualização do Plano Diretor de Investimento - PDI que integra o Plano Diretor de Regionalização – PDR	Parcialmente alcançada Encontra-se em fase de revisão.

#### 3.5.1. CONTEXTUALIZAÇÃO – INVESTIMENTO EM SAÚDE

O processo de regionalização deve contemplar sistemas completos que visem garantir o acesso facilitado do usuário a todos os serviços necessários. A facilidade de acesso significa, principalmente, garantir a menor distância possível entre o usuário e o

serviço. Além disso, a responsabilidade pela qualidade e pelos encaminhamentos deve ser dos gestores e não dos usuários. Observa-se a pouca resolubilidade da atenção básica em alguns municípios, levando a necessidade de consolidação de redes que permitam a assistência aos usuários em todos os níveis de atenção tendo como eixo estruturante a atenção básica.

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

Nesta perspectiva, podemos dizer que é crucial implantar melhores políticas na área de investimento em saúde visando acelerar o progresso de consolidação do sistema de saúde pública. A SES elaborou o Plano Diretor de Investimento - PDI que integra o Plano Diretor de Regionalização – PDR, os quais encontram-se em fase de revisão.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após 20 anos de institucionalização do SUS, pode-se verificar que houve muitos avanços na qualidade da assistência prestada à população. No entanto, outros tantos entraves e desafios necessitam de superação para alcançar os objetivos almejados. O planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços prestados, assim como, a participação da sociedade por meio dos conselhos de saúde e conferências, exercendo o controle social, são meios indispensáveis para a consolidação do sistema de saúde universal, integral e eqüitativo.

## **EQUIPE TÉCNICA**

### **SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO**

**Mabel del S. C. de Rodriguez  
Loreta Marinho Queiroz Costa  
Silvia Rosa de Souza Tolêdo**

### **RESPONSÁVEIS PELOS DADOS E INFORMAÇÕES**

**Superintendentes da SES/GO  
Gerentes e Técnicos da SES/GO**