

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO

RELATÓRIO DE GESTÃO
2005 e 2006

Goiânia, dezembro de 2006

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

GOVERNADOR
Alcides Rodrigues Filho

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
Cairo Alberto de Freitas

CHEFE DE GABINETE
João Cleide Aguiar
Simone Machado de Oliveira Batista - Interina

CHEFE DE ASSESSORIA DE PROJETOS ESTRATÉGICOS
Lazara Ribeiro Ferreira Lima

CHEFE DE ASSESSORIA TÉCNICA E JURÍDICA
Uilliam dos Santos Cardoso

SUPERINTENDENTE EXECUTIVO
Maria Lúcia Carnelosso

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO
Carlos Alberto Lisboa Vieira

SUPERINTENDENTE DE PLANEJAMENTO
Jorge Alves de Souza

SUPERINTENDENTE DE LEIDE DAS NEVES FERREIRA
Maria Paula Curado

SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
Antônio Durval de Oliveira Borges

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

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

GOVERNADOR
Alcides Rodrigues Filho

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
Cairo Alberto de Freitas

CHEFE DE GABINETE
Simone Machado de Oliveira Batista - Interina

CHEFE DE ASSESSORIA DE PROJETOS ESTRATÉGICOS
Solange Luciano Coimbra Miranda - Interina

CHEFE DE ASSESSORIA TÉCNICA E JURÍDICA
Uilliam dos Santos Cardoso

SUPERINTENDENTE EXECUTIVO
Maria Lúcia Carnellosso

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO
Carlos Alberto Lisboa Vieira

SUPERINTENDENTE DE PLANEJAMENTO
Jorge Alves de Souza

SUPERINTENDENTE DE LEIDE DAS NEVES FERREIRA
Maria Paula Curado

SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
Antônio Durval de Oliveira Borges

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

SUMÁRIO	3
APRESENTAÇÃO	5
1. INTRODUÇÃO	4
2. ANÁLISE SITUACIONAL	6
3. OBJETIVOS, DIRETRIZES, ESTRATÉGIAS, METAS E PERÍODOS	15
4. LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	16
4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO - LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	25
5. CONDIÇÕES DE SAÚDE	32
5.1. CONTEXTUALIZAÇÃO – CONDIÇÕES DE SAÚDE	38
6. GESTÃO EM SAÚDE	45
6.1. CONTEXTUALIZAÇÃO - GESTÃO EM SAÚDE	64
7. SETOR SAÚDE	75
7.1. CONTEXTUALIZAÇÃO – SETOR SAÚDE	78
8. INVESTIMENTO EM SAÚDE	81
8.1. CONTEXTUALIZAÇÃO – INVESTIMENTO EM SAÚDE	82
9. AÇÕES PRIORIZADAS ENTRE JULHO A DEZEMBRO DE 2006	83
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	86

APRESENTAÇÃO

O Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO) tem a satisfação de apresentar o “Relatório de Gestão – 2005 e 2006”, importante documento de monitoramento e avaliação do sistema público de saúde. Nele estão demonstrados, não apenas os resultados alcançados, mas também alguns desafios a serem enfrentados na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em Goiás.

Sua construção só foi possível graças ao empenho empreendido por cada um daqueles que envidaram esforços para avançar no difícil processo de consolidação do SUS. Trata-se, de um retrato dos resultados mais importantes provenientes da política de e atenção à saúde desenvolvida pela SES/GO durante os anos de 2005 e 2006.

Neste período, destaca-se em Goiás, o acelerado processo de qualificação da gestão em saúde, cujos avanços são perfeitamente visíveis ao se observar o progresso dos profissionais que atuam nesta área. Isso pode ser atribuído a um contínuo trabalho, seja de desenvolvimento e capacitação das equipes gestoras, seja no apoio técnico a um número considerável de agentes públicos.

Por fim, este trabalho pode ser amplamente utilizado por todos, não apenas como ferramenta de avaliação de desempenho da SES/GO, mas, também, como um instrumento de transparência a todos os atores envolvidos, seja interno ou externamente, para o acompanhamento das políticas públicas promovidas e implementadas por esta instituição no âmbito do estado de Goiás.

Cairo Alberto de Freitas

Secretário de Estado da Saúde

1. INTRODUÇÃO

O SUS, em seus dezoito anos de existência, vem se configurando como um dos sistemas de saúde mais completos do mundo sob a ótica de sua amplitude democrática, o que lhe remete a uma complexa necessidade de organização e gestão que seja ao mesmo tempo integrada e participativa. Durante sua trajetória, muitos desafios ainda estão por ser enfrentados, sobretudo, aqueles ligados à gestão, considerada pelos especialistas como área prioritária e determinante de novos avanços.

A profissionalização da gestão suscita a necessidade de se promover algumas condições essenciais ao alcance dos objetivos do SUS. Uma delas é a “avaliação de resultados” - instrumento que, segundo a legislação do SUS, tem como principal representação o relatório de gestão. Este relatório deve expressar, de forma completa, não apenas o desenvolvimento das atividades profissionais, mas principalmente, o alcance das estratégias e metas propostas nas planificações anteriores.

Sob este contexto, 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.

Neste sentido, era de se esperar o surgimento de várias dificuldades, por parte dos participantes, na sua elaboração, considerando tratar da difícil missão de romper com paradigmas, valores tradicionais e fragmentados, que são em sua maioria, focados apenas no cumprimento normativo da legislação. A ausência de uma política de registro das informações pelos profissionais de saúde, segundo o tempo em que elas acontecem e a falta de estabelecimento de metas, foi um fator crucial na adoção desse novo formato, e por isso, ele deverá ser visualizado à ótica de um documento em construção, que deverá ser aperfeiçoado na medida em que esta modalidade de gestão seja incorporada pelo sistema de saúde do Estado.

Considerando que o PES tem como eixos estruturantes cinco recortes, a saber: 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 presente documento foi construído tomando por base uma matriz de avaliação, contendo as estratégias estabelecidas em cada eixo, suas metas e a situação atual em que estas se encontram. Ao final de cada recorte foi feita uma tentativa de discussão dos resultados alcançados e dificuldades apresentadas.

2. ANÁLISE SITUACIONAL

Conforme o texto disponível no portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – BGE, na internet, 2006, acrescido de informações específicas do estado de Goiás extraídas do Plano Estadual de Saúde de Goiás (2004-2007), esta análise situacional reúne uma síntese dos principais indicadores sobre a realidade social brasileira, abrangendo informações sobre grupos populacionais, saúde, educação, trabalho e rendimento, entre outros aspectos, acompanhados de breves comentários sobre as características observadas no País e em Goiás. Os indicadores foram elaborados, principalmente, a partir dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, realizada em 2003 e 2004.

A sociedade brasileira vem experimentando uma acelerada transição demográfica, cujas implicações requerem uma permanente avaliação das políticas públicas concebidas e direcionadas para todos os segmentos da população. Nesse sentido e de modo particular, a Demografia tem ensejado sua parcela de contribuição, garantindo uma gama de indicadores representativos da dinâmica populacional que, além de descreverem uma situação de momento, sinalizam também os prováveis cenários prospectivos, quer sejam de curto, médio ou longo prazo. Manter atualizado o conhecimento da realidade demográfica do Brasil e, especialmente Goiás, mediante um conjunto de indicadores, é uma rotina de especial importância, sobretudo em se tratando de uma população marcada por várias formas de desigualdades.

No processo de transição demográfica brasileiro destaca-se que, desde o século XIX até meados da década de 1940, o Brasil caracterizou-se pela prevalência de altas taxas de natalidade e de mortalidade. A partir desse período, com a incorporação às políticas de saúde pública e dos avanços da medicina, particularmente os antibióticos recém-descobertos na época e importados no pós-guerra, o País experimentou uma primeira fase de sua transição demográfica, caracterizada pelo início da queda das taxas de mortalidade. Contudo, observou-se, também, a permanência de altas taxas de natalidade, ocasionando elevadas taxas de crescimento populacional: 2,39% na década de 1940, e 2,99%, na década de 1950, Goiás com 3,93% e 4,65%, respectivamente. As taxas de natalidade, por sua vez, somente iniciam sua trajetória de declínio em meados da década de 1960, período em que se inicia a introdução e a paulatina difusão dos métodos anticonceptivos no Brasil. Com isso, no decênio 1960-1970 já se observa uma discreta diminuição das taxas de crescimento populacional com 2,89%, fenômeno que se confirma ao longo dos dez anos seguintes, quando se

constata uma taxa de crescimento de 2,48%. Goiás no período de 1960 - 1970 apresentou taxa de 4,38 e nos dez anos seguintes, 2,77.

O crescimento relativo da população brasileira vem declinando desde a década de 1970, particularmente em função das significativas quedas das taxas de fecundidade e natalidade. De acordo com a projeção de população do Brasil (Revisão 2004), entre 1993 e 2003, a taxa bruta de natalidade, que mede o número de nascidos vivos por 1000 habitantes em determinado ano, passou de 22,6‰ para 20,9‰ e em Goiás 18,2, enquanto a taxa de fecundidade total na última década no Brasil, por sua vez, declinou de 2,6 para 2,3 filhos por mulher, apresentando maior declínio em Goiás com 1,9, na última década. Observa-se que ocorreu um estreitamento na base da pirâmide populacional, apontando para a redução do contingente de crianças e adolescentes até 14 anos de idade, mais significativa que nas demais faixas etárias. As maiores reduções de participação relativa ocorreram nos grupos etários de 0 a 4 e 5 a 9 anos, confirmando a influência da queda das taxas de natalidade e fecundidade sobre a evolução da taxa de crescimento populacional.

Em contrapartida, evidenciou-se um aumento da população potencialmente ativa ou apta a exercer alguma atividade produtiva sob a ótica demográfica (15 a 64 anos) e da população idosa (65 anos ou mais). O indicador “razão de dependência” expressa a proporção entre as pessoas potencialmente inativas (crianças de 0 a 14 anos e idosos de 65 anos ou mais de idade) e as potencialmente ativas (com idades entre 15 e 64 anos) ou disponíveis para as atividades econômicas. Em 1993, essa razão era de 63,5 crianças e idosos para cada 100 pessoas em idade ativa, passando para 51,1% em 2003. Para o estado de Goiás esta razão foi de 51,64%. Tal redução aponta para um maior peso relativo da população potencialmente envolvida em atividades produtivas e, mais uma vez, reflete as quedas das taxas de fecundidade e natalidade verificadas nas últimas décadas.

A diminuição da razão de dependência nos últimos anos tem sido o resultado da redução do peso relativo das crianças na população total, muito embora a participação da população idosa tenha adquirido cada vez mais importância. Neste sentido, o aumento da expectativa de vida, associado aos avanços na área de saúde e de saneamento básico e seus efeitos sobre a taxa de mortalidade, vem contribuindo sobremaneira para o aumento da população idosa. De fato, a esperança média de vida ao nascer no Brasil, implícita na projeção da população brasileira (Revisão 2004) era, em 2003, de 71,3 anos de idade e em Goiás era de 70,3 anos. As esperanças de vida ao nascimento entre 1993 e 2003 incrementaram-se em 3,6 anos, embora as mulheres estejam em situação bem mais favorável que a dos homens (71,6 para 75,2 anos, no caso das mulheres, e 64,0 para 67,6 anos, para os

homens). Em paralelo, a taxa bruta de mortalidade, que representa a frequência com que ocorrem os óbitos em uma população, caiu de 6,7%, em 1993, para 6,3% em 2003. Em Goiás, a taxa bruta de mortalidade vem se mantendo estável nos últimos anos, o que difere um pouco do panorama do Brasil, em que houve um pequeno decréscimo. O Estado apresentou taxa de 5,8% em 1997, passando para 5,7 em 2003.

Sobre os componentes demográficos de mortalidade e fecundidade, as informações oriundas das Estatísticas do Registro Civil 2003 mostraram que, apesar do problema do sub-registro de nascimentos, é possível observar as tendências apontadas pelas estatísticas demográficas. Uma delas se refere ao comportamento reprodutivo das mulheres conforme os grupos de idade, que revela uma maior participação das mulheres mais jovens (20 a 24 anos) no padrão de fecundidade do País. Todavia, a questão que mais tem chamado a atenção de estudiosos, autoridades governamentais e da sociedade em geral é o aumento da proporção de nascimentos oriundos de mães com idades menores que 20 anos, não obstante esse aumento relativo estar também influenciado pelo decréscimo acentuado da fecundidade nas faixas etárias a partir de 25 anos.

Este fenômeno constitui um motivo de preocupação para diversos segmentos sociais devido às características desse grupo. Há que se considerar a vulnerabilidade em termos biológicos e em relação à sobrevivência das crianças, uma vez ser reconhecido que a gravidez em idade muito jovem eleva os riscos de mortalidade para a mulher e filhos. De acordo com os dados do Registro Civil, 20% das crianças que nasceram e foram registradas em 2003 originou-se de mães adolescentes, proporção esta que se mostrou mais elevada no estado de Goiás com 21,9%.

Na última década, a taxa de mortalidade infantil no Brasil manteve sua trajetória de declínio, correspondendo a uma proporção de queda de 33,1% no País. Esta queda foi consequência direta de diversas políticas de saúde pública implantadas: primeiramente, a partir do segundo quinquênio da década de 1940, com o advento dos antibióticos no combate as enfermidades infecto contagiosas. Mais recentemente, diversas ações básicas foram introduzidas com o propósito de reduzir a mortalidade infantil no Brasil, tais como: as campanhas de vacinação em massa, a atenção ao pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, às campanhas do soro caseiro e de complementação nutricional em crianças. Concorreram para isto, também, a mudança no modelo assistencial com a implantação dos agentes comunitários de saúde e o Programa Saúde da Família, entre outras. A taxa de mortalidade infantil no Brasil encontra-se em torno de 27 óbitos de menores de 1 ano para cada 1000 nascidos vivos. Em Goiás esta taxa é um pouco menor, de 20,07, ainda alta se se consideram as taxas correspondentes aos países vizinhos do Cone sul, por exemplo. Entretanto, a queda é

inegável, tendo em vista que por volta de 1970 a taxa estava próxima de 100 por 1000 nascidos vivos no Brasil.

A melhoria das condições de habitação, particularmente o aumento relativo do número de domicílios com saneamento básico adequado vem contribuindo para reduzir o número de mortes infantis. Contudo, ainda há grandes desafios a serem vencidos na área de infra-estrutura social, uma vez que uma parcela significativa das mortes de menores de 1 ano de idade ainda ocorre devido às condições ambientais. No Brasil, em 2003, 35,4% e 28,9%, em Goiás das mortes de menores de 1 ano ocorreram após a quarta semana de vida (mortalidade pós-neonatal), enquanto 64,6% no Brasil e 54,1% em Goiás, ocorreram ao longo das primeiras quatro semanas (mortalidade neonatal). Já em 1993, a distribuição dos óbitos no primeiro ano de vida era bastante equitativa. É interessante ainda observar que os óbitos de menores de 1 ano estão tendendo a se concentrar mais próximos ao momento do nascimento. Por exemplo, em 1993, 38,8% deles aconteciam na primeira semana de vida (mortalidade neonatal precoce), ao passo que, em 2003, a proporção eleva-se para 49% e em Goiás para 71,8 %.

A taxa bruta de mortalidade é o coeficiente geral de mortalidade padronizado por idade (CGM) – que deve ser superior a 6,75 por 1.000 habitantes da população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total. Assim como, taxas baixas podem indicar problemas ou ineficiência nos registros dos dados. Ainda, considerando as causas de morte, em 2002, pode-se observar que o principal grupo de morte no estado de Goiás, foi o de doenças do aparelho circulatório; seguido pelas causas externas, outras causas definidas e por ultimo as neoplasias.

De acordo com informações oriundas dos Cadernos de Saúde – Datasus, 2003, os percentuais relativos à mortalidade proporcional por faixa etária, segundo grupos de causas, estão assim distribuídos em Goiás: as doenças do aparelho circulatório alcançaram 30,5% do total de óbitos dos grupos, sendo que houve um maior índice de mortalidade nas faixas etárias de 50 a 64 anos 38,0% e 60 e mais 41,6%. Em segundo lugar vêm as causas externas, com 17,3% do total, e com um índice relevante para a faixa etária de 15 a 19 anos 74,3%. As demais causas definidas alcançaram 16,6% do total, obtendo uma distribuição mais ou menos uniforme entre todas as faixas etárias, com exceção da que corresponde a 15 a 19 anos, que inversamente obteve um percentual significativamente favorável. Finalmente, destacam-se as neoplasias com 13,5% do total e com destaque para as faixas etárias entre 5 a 9 anos 18,7% e 50 a 64 anos 19,1% do grupo.

Ao se detalhar as causas de morte do grupo constituído pelas doenças do aparelho circulatório, pode-se observar um comportamento uniforme e de pouca intensidade nas faixas etárias até 19 anos e um crescimento acentuado a partir destas idades. Do total de óbitos ocorridos, segundo o Datasus (2003), prevalecem às doenças cardíacas 30,25%; doenças cerebrovasculares 28,71% e doenças isquêmicas do coração 25,84%. Essas causas de morte são em grande parte evitáveis desde que sejam identificados e controlados os chamados fatores de risco. A redução desses fatores de risco repercutirá na presença das enfermidades cardiovasculares como também, em alguns tipos de câncer, enfermidades pulmonares e diabetes.

Com relação à dimensão relacionada aos indicadores de morbidade serão relacionados a seguir os principais problemas de saúde que acometem a população de Goiás. Referem-se às doenças passíveis de prevenção por imunização, controle de vetores, doenças crônico-degenerativas e as principais causas de internação hospitalar. São dados que permitem identificar fatores de risco e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de prevenção e controle de agravos à saúde.

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

Em relação às internações por doenças não transmissíveis, excluindo-se as internações realizadas no SUS para o atendimento ao parto, gravidez e puerpério, as doenças do aparelho circulatório aparecem como principal causa de morbidade hospitalar no estado de Goiás.

Outro aspecto digno de nota, mas extremamente preocupante, é o continuado aumento das mortes de jovens e adultos jovens, sobretudo do sexo masculino por causas externas. Este fenômeno, e em especial seus efeitos, vem adquirindo importância não somente desde a ótica demográfica, mas principalmente por suas implicações sociais e econômicas. A faixa etária de maior vulnerabilidade é a que vai dos 15 aos 30 ou 35 anos de idade. Sobre a mortalidade masculina, que é o quociente entre as taxas de mortalidade por idade de homens e mulheres,

apresenta seu valor máximo no grupo 20 a 24 anos de idade. No caso brasileiro, a incidência da mortalidade masculina neste intervalo de idade chega a ser quase quatro vezes superior à feminina e em Goiás chega a cinco vezes. Ao examinar o conjunto de taxas de mortalidade por sexo, segundo a natureza do óbito, natural ou por causas externas, no grupo etário 20 a 24 anos verifica-se que, enquanto no grupo feminino a incidência de mortes por causas externas manteve-se, praticamente, inalterada ao longo do período de 1980-2003.

Duas tendências demográficas puderam também ser observadas com as informações da PNAD. Em 2003, havia no País 95,2 homens para cada grupo de 100 mulheres. Todas as demais regiões metropolitanas apresentaram indicador inferior à média nacional, com destaque para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, onde havia 86,5 homens para cada 100 mulheres. Goiás, ao contrário, apresentou indicador superior à média nacional, com 98,7. Assim, a diferença entre as expectativas de vida em função do sexo permaneceu determinando um excedente de mulheres em relação ao número de homens, enquanto movimentos migratórios específicos acentuam ou reduzem tais diferenças nas áreas urbanas e rurais. Já no que se refere à distribuição espacial da população brasileira, a proporção de pessoas residentes em áreas urbanas, representada pela taxa de urbanização, passou de 78,4%, em 1993, para 84,3%, em 2003, neste mesmo período Goiás passou para 87,7.

No que concerne à educação escolar que é cada vez mais relevante na sociedade atual. Hoje a escola deve ser capaz de preparar e formar indivíduos para um mundo globalizado, tecnológico e com grande disponibilidade de informações. A informação em tempo real via internet e noticiários, assim como o desenvolvimento de habilidades e tecnologias no mundo do trabalho e no campo da saúde, conduzem a um processo contínuo de aprendizagem no qual as escolas assumem papel preponderante, sem perder de vista sua função de formação dos indivíduos para a vida em sociedade.

A questão que se coloca é em que medida existe uma oferta de escolas capazes de desempenhar tal papel e se os indivíduos estão, de fato, tendo acesso ao sistema escolar de forma equitativa. No Brasil, grandes foram as mudanças observadas nas últimas décadas. Não obstante a queda contínua dos índices de analfabetismo e o aumento da escolaridade da população são tendências que se mostraram desiguais se consideradas a região e situação urbana ou rural do domicílio, a cor das pessoas e a condição de pobreza das famílias.

De acordo com os dados da PNAD de 2004, o Brasil possui ainda uma proporção de 11,4% da sua população de 15 anos ou mais de idade que declara não saber ler ou escrever um bilhete simples. Goiás aparece com 10,7% desta população. O Brasil é um dos poucos países onde a taxa de analfabetismo entre as mulheres é inferior à dos homens. A disparidade entre as taxas de analfabetismo dos estados brasileiros é bastante significativa.

De uma forma geral, a escolaridade média da população pode ser resumida pelo indicador média de anos de estudo. No Brasil, a população de 15 anos ou mais de idade tinha em média 6,8 e Goiás 6,7 anos de estudo em 2004. As médias de anos de estudo nas áreas rurais foram bem inferiores às encontradas para as áreas urbanas, com uma diferença de aproximadamente três anos em todas as regiões brasileiras. Analisando-se o indicador para cada idade, observa-se que apenas aos 18 anos de idade a população passa a ter, em média, a escolaridade mínima de 8 anos considerada obrigatória por lei.

Os indicadores sobre trabalho e rendimento divulgados nos relatórios sociais da maioria dos países são considerados essenciais para avaliação das condições de vida e trabalho da população. O acompanhamento desses indicadores, além de auxiliar a elaboração de um diagnóstico da inserção da população no mercado de trabalho, permite avaliar aspectos de desigualdade entre os diversos grupos sociais, tais como: jovens e adultos, homens e mulheres, população com os maiores e menores rendimentos, etc.

Nos últimos anos tem aumentado a demanda por informações desagregadas por sexo, sendo assim, todos os indicadores foram calculados com essa desagregação possibilitando analisar os perfis diferenciados masculinos e femininos de inserção no mercado de trabalho. Com a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, é crucial que os indicadores reflitam essa mudança na sociedade e forneçam subsídios para a elaboração de políticas públicas voltadas para a igualdade de gênero.

Em 2004, a distribuição percentual da População Economicamente Ativa - PEA por sexo era no País de 56,9% para os homens e 43,1% para as mulheres. Em Goiás era de 58,4% e 42,6% respectivamente, apresentando um ligeiro aumento em relação ao ano anterior. Foi na Região Centro-Oeste que se verificou a maior variação (1,6 ponto percentual). Nas áreas rurais do País, a distribuição da PEA por sexo se difere da distribuição observada nas áreas urbanas. A proporção de mulheres nas áreas rurais é menor em relação às áreas urbanas (38,3% e 44,2%, respectivamente). Goiás apresenta o mesmo quadro com 34,1% para áreas rurais e 43,7% para áreas urbanas.

A taxa de atividade é o indicador que mede a participação da população no mercado de trabalho que está empregada ou procurando trabalho levando em consideração o total da população em idade para trabalhar. A análise deste indicador tem revelado que a participação das mulheres no mercado de trabalho é cada vez maior. Em 2004, o percentual foi de 51,6% para o Brasil e 51,7 para Goiás, mas a distância que separa a taxa masculina da feminina ainda era de 21,6 e 24,5 pontos percentuais, respectivamente.

Em 2004, a distribuição da população ocupada por posição na ocupação se dava da seguinte forma: para o Brasil 30,4% eram empregados com carteira e para Goiás 27,0%; 22% eram trabalhadores por conta própria, em Goiás eram 21,7%; o País tinha 18,3% de empregados sem carteira e Goiás 22,0%; 7,7% de trabalhadores domésticos e em Goiás 10,2%; no Brasil 7% eram não-remunerados, em Goiás eram 4,0%; 6,6% eram militares e estatutários e em Goiás 7,7%; e 4,1% eram empregadores, em Goiás eram 4,8%).

A distribuição da população ocupada por posição na ocupação segundo o sexo é bem diferenciada. Entre as mulheres no Brasil, 26,2% ocupam o trabalho doméstico e não-remunerado, Goiás a ocupação era de 29,2%; 25,7% superam o emprego formal com carteira, em Goiás 20,4%. A maior proporção de mulheres na categoria de militares e estatutários 8,8% contra 5,0% para os homens, sendo Goiás 10,7% contra 5,6%, respectivamente, que por sua vez, está relacionada com o emprego público que, na maioria das vezes, é realizado por meio de concursos, permitindo o acesso mais igualitário para ambos os sexos. Na categoria do emprego doméstico feminino, a região com o maior percentual era a Região Centro-Oeste com 21,7%, sendo que, o maior nível do País, nesta categoria, estava no Estado de Goiás com 23,5%.

A desigualdade de rendimento entre homens e mulheres no mercado de trabalho também pode ser visualizada comparando a distância dos mais pobres e dos mais ricos. No Brasil, em 2004, o rendimento médio dos 10% dos mais ricos na população ocupada era 16,2. Goiás 14,8 vezes o rendimento médio dos 40% mais pobres. Para os homens ocupados essa relação era de 16,5 vezes e para as mulheres, um pouco menos desigual, a relação era de 14,3 vezes. Goiás 14,5 e 12,3, respectivamente. Entre os 40% mais pobres, o rendimento médio das mulheres representava 76% do rendimento dos homens, enquanto entre os 10% mais ricos essa relação era de 65,9%.

Enfim, os indicadores aqui apresentados se constituem uma importante fonte de informação para a elaboração de um diagnóstico sobre a situação demográfica e social. As características destacadas apontam para aspectos de desigualdades regionais e por sexo, contribuindo para o

fortalecimento do debate público a favor de políticas que promovam o desenvolvimento social e a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres.

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 aos anos 2005 e 2006 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.

De acordo com esses recortes, foram relatadas as estratégias de intervenção aos pontos de maior destaque, de acordo com a governabilidade e capacidade técnica e institucional da SES/GO. Tais ações são oriundas das propostas contidas nos principais documentos de planejamento da SES, como já descrito anteriormente na introdução deste relatório. Para algumas atividades que sobressaíram de alguma forma, foi feita a contextualização agregando alguns detalhamentos referentes à sua respectiva execução.

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.

4. LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

Diretriz A.1.1: Ampliação e melhoria da Atenção Básica, em especial a estratégia de saúde da família nos municípios do estado de Goiás.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Reorganizar os processos de implantação e funcionamento da estratégia de saúde da família em 100% dos municípios que tem o programa implantado.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	A Reorganização do processo de implantação e implementação da estratégia saúde da família é um processo contínuo, por meio de assessoria e supervisão. Ainda não foram realizadas ações efetivas para implementação de mudanças nesta área.
Implementar ações que apoiem a reorganização da atenção básica em âmbito municipal nos 246 municípios;	Alcançada	Alcançada	As ações implementadas foram: Programa da Mulher, Criança, Tuberculose, Hanseníase, Idoso, Deficiente Mental e DST/AIDS.
	Alcançada	Alcançada	Cooperação técnica aos municípios para adequação às normas dos programas básicos em todas as auditorias realizadas.
	Alcançada	Alcançada	Processo contínuo de assessoria técnica aos municípios oferecendo informações sobre formas corretas de utilização do financiamento, da organização e cumprimento de exigências legais do SUS, por meio de várias ações em parceria com as regionais de saúde.
Reformular os processos de capacitação para gestores municipais e profissionais que atuam na atenção básica nos 246 municípios.	Alcançada	Alcançada	Os facilitadores da SCATS atuaram no módulo de recursos financeiros (Fundo Municipal Saúde) capacitando os gestores na gestão dos recursos da Atenção Básica – PAB em todas as Regionais.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Expandir a cobertura da ESF de 57% para 60% da população do estado de Goiás	Parcialmente alcançada	Alcançada	Em dezembro de 2005, pelos dados do SIAB, o nº de ESF era de 967 e até outubro de 2006 (última informação do SIAB) somava-se 972 equipes implantadas e informadas no sistema em 245 municípios goianos. Foram atingidos 99,6% de municípios cobertos com pelo menos uma (01) Equipe de Saúde da Família.
Implantar equipes de saúde bucal em 100% das equipes do PSF	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Goiás ainda conta com 11 municípios sem a Estratégia de Saúde Bucal incorporada as equipes da Estratégia Saúde da Família. Estes municípios continuam sendo alvo de nossa atenção, por meio das Regionais de Saúde, as quais têm realizado um trabalho de sensibilização junto aos gestores municipais.
Apoiar a elaboração dos Planos Municipais de Saúde, acompanhar e avaliar sua execução, priorizando o monitoramento das ações da atenção básica nos 246 municípios.	Alcançada	Alcançada	- (2005) Foram realizadas oficinas de capacitação visando apoiar a elaboração de planos municipais de saúde, sob a coordenação da SPLAN, juntamente com a SCATS, SVISA, SPAIS e ESAP, para multiplicadores do nível central e regionais de saúde. - (2005-2006) Apoio técnico permanente por meio de fornecimento de critérios e instrumentos para coleta de dados, análise de informações, elaboração e revisão de planos de saúde dos municípios em parceria com as regionais de saúde.

Diretriz A.1.2: Reorganização e melhoria da eficiência das ações e serviços de saúde no Estado de Goiás.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Fortalecer e operacionalizar a rede assistencial de saúde em 100% das unidades sob a gerência estadual. A.1.1	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	No último trimestre de 2006 implantou-se o restabelecimento e a manutenção dos equipamentos do Hospital de Urgência de Goiânia – HUGO.
	Não executada	Alcançada	Inaugurada, no último trimestre de 2006, mais uma UTI no Hospital de Urgência de Goiânia – HUGO.
Fortalecer ações de hematologia e hemoterapia garantindo cobertura de 100% dos leitos do SUS até 2007.	Não alcançada	Não alcançada	Em 2005 a cobertura de leitos do SUS foi de 41% e em 2006 54%.
Fortalecer as ações de transplantes de órgãos humanos aumentando em 60 % o número de órgãos transplantados.	Não alcançada	Parcialmente alcançada	(2005 E 2006) - A Central de Captação e Doação de Órgãos tem concentrado seus trabalhos nas ações de fortalecimento da capacidade de realização de transplantes, por meio de cursos de capacitação das equipes bem como das unidades de Saúde envolvidas. - A morosidade dos trâmites burocráticos impede o fortalecimento desta ação.
Criar mecanismos de remuneração para os médicos transplantadores do Hospital Geral de Goiânia - HGG	Não executada	Não executada	Não foi possível encontrar uma forma legal para efetivar esta meta.
Aperfeiçoar a assistência farmacêutica diminuindo o prazo de entrega dos medicamentos produzidos pela IQUEGO para 7 dias.	Não alcançada	Não alcançada	O setor responsável não tem governabilidade sobre esta estratégia. Em fase de aguardar decisão dos dirigentes do governo de Goiás.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Descentralização do programa de medicamentos excepcionais de alta complexidade por intermédio das Regionais de Saúde	Não executada	Parcialmente alcançada	Parcialmente cumprida (1 unidade) por falta de estrutura física e humana.

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.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Capacitar a equipe profissional envolvida no sistema de atenção às urgências e emergências em todo Estado por meio do pólo de capacitação permanente	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Profissionais do SIATE em processo de capacitação com previsão de término dez/06.
	Alcançada	Alcançada	Capacitação concluída da equipe do nível central e técnicos das regiões onde estão sendo implantadas as Centrais de Regulação de Urgência.
Operacionalização das Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar	Parcialmente alcançada	Alcançada	- Aquisição para o SIATE de medicamentos, descartáveis de copa e cozinha, gêneros alimentícios, materiais de escritório e insumos médicos-hospitalares fornecidos pelo almoxarifado da SES. - Aquisição de materiais e equipamentos médico-hospitalares para as Unidades Ambulatórios 24 h.
Implantar mecanismos regulatórios para o atendimento as urgências e emergências em 10 regiões	Não executada	Parcialmente alcançada	No último trimestre de 2006 foi instaurado o remanejamento daqueles pacientes que não necessitam ser atendidos no HUGO para outras unidades de saúde.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
	Não executada	Parcialmente alcançada	Implantada as Centrais de Regulação de Urgências nas regiões: Metropolitana de Goiânia, São Patrício, Pireneus, Entorno Norte/Nordeste, Entorno Sul. Está em fase de implantação nas regiões : Norte/Serra da Mesa, Rio Vermelho, Sul, Estrada de Ferro, Sudoeste I e II.

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

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
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.	Não alcançada	Não alcançada	Em 2005 solicitações para aquisição de 30 Unidades de Resgate (UR) e 02 Unidades de Saúde Avançada (USA). Em 2006 solicitação para aquisição de UTI neonatal. Processos em andamento, aguardando autorização.
	Alcançada	Alcançada	Operação temporada Araguaia: foram realizados pelo SIATE, 150 atendimentos em 2005 e 173 em 2006, conforme demanda, no município de Aruanã.
Apoiar a implantação e implementação dos serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Formosa, Luziânia, Rio Verde, Cidade de Goiás, Ceres, Goiânia, Anápolis, Porangatu, Iporá, Catalão, Caldas Novas e Itumbiara.	Não executada	Parcialmente alcançada	Foi instalado o SAMU em Goiânia e Luziânia, com previsão para final de 2006 a instalação em Formosa, Caldas Novas e Itumbiara.
Construir e equipar os hospitais de urgências de Anápolis, Aparecida de Goiânia e Trindade.	Parcialmente alcançada	Alcançada	(2005) Inauguração do Hospital de Urgências de Anápolis; (2006) Inauguração dos Hospitais de Urgências de

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
			Aparecida de Goiânia e de Trindade. (2005 e 2006) Os equipamentos foram entregues em todas as unidades.
Construir e equipar o Hospital de Urgência de Santa Helena	Parcialmente Alcançada	Parcialmente Alcançada	(2005 e 2006)) O projeto de equipagem está em fase de aquisição. Obras foram iniciadas.
Ampliar o número de Unidades de Ambulatório 24 horas no Estado para 53.	Parcialmente alcançada	Alcançada	Foram implantadas 04 unidades em 2005 (70%) e 02 em 2006 (100%), totalizando 56 unidades
Aperfeiçoar as Unidades Ambulatório 24 horas existentes no Estado.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	2005 - Cessões de equipamentos médico-hospitalares a 30 unidades (55%). 2006 - Cessões de máquinas e equipamentos médico-hospitalares a 10 unidades (74%).
Reajustar os valores do incentivo destinado aos profissionais que atuam no Programa Ambulatório 24 horas.	Parcialmente alcançada	Não alcançada	Aumento dos valores de repasse para Caldas Novas e São Miguel do Araguaia. Faltou financiamento porque não foi possível aumentar o incentivo para todas Unidades.

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 e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Realizar Campanha de Prevenção do Câncer de Próstata e Mama	Não executada	Não executada	Estratégia não realizada por indefinição dos responsáveis pela atividade.
Aumentar o numero de Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) de 27 para 29 unidades no estado	Alcançada	Alcançada	(2005) Foram implantados 15 Centros de Atenção Psicossocial. (2006) Foram implantados 19 Centros de Atenção Psicossocial.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Implantar o Complexo Regulador de Assistência Médica e Alta Complexidade em 13 Regionais de Saúde.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	O Complexo Regulador está parcialmente implantado na região metropolitana de Goiânia e Pireneus. As outras regiões estão em fase de negociação através de uma co-gestão entre a SES e municípios envolvidos
Implementar mecanismos de referência e contra referência na rede de serviços do Estado	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	A coordenação da implantação do Cartão SUS foi assumida pela SCATS em abril de 2005, apresentando cobertura de 54,27% de cadastrados e, em 2006, 77,39 cadastrados em relação ao total da população de Goiás.
	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Foi realizada análise das referências de média e alta complexidade (DW/SES-GO). Atualmente as metas de atualização dos dados não foram totalmente alcançadas em virtude de: (a) falha na base de dados das APAC's; (b) atrasos médio de 3 meses na disponibilização dos dados pelo Datasus/MS (no caso das informações de 2006).
Implementar o regulamento funcional de regulação, avaliação, controle e auditoria.	Alcançada	Alcançada	Elaboração de Manual de Normas e Procedimentos de Auditoria da SES-GO e o Regulamento Funcional da SCATS.
Fortalecer a descentralização das ações de controle, avaliação e auditoria no sistema estadual de saúde nas 16 regionais de Saúde.	Alcançada	Alcançada	Foram realizadas as seguintes atividades: - Contratação de 48 auditores nas regionais e 20 no nível central; - A Lei Estadual 15661/06 acrescentou mais 21 vagas para auditores. - Foram realizadas 111 auditorias pelas regionais e 102 pelo nível central. - Total de auditorias e procedimentos: 76.696.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Elaborar o plano estadual de redes de alta complexidade para doenças renais crônicas, cardiovasculares, traumo-ortopédicas, neurológicas, oncológicas e auditiva.	Parcialmente alcançada	Alcançada	(2005/2006) Apoio com o levantamento de Informações sobre a rede e serviços existentes. (2006) Elaboração de relatórios de informação sobre produção e estabelecimentos elaborados e concluídos. - Todos os planos previstos foram elaborados, porém o de neurologia ainda não foi submetido à CIB.
Concluir as construções e equipagem dos hospitais de Novo Gama, Valparaíso e Santo Antonio do Descoberto.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	(2005 e 2006) Os equipamentos de Santo Antonio do Descoberto foram adquiridos em torno de 70%; - Falta realizar as adequações e conclusão das obras; - Projeto de equipagem foi elaborado e enviado ao MS para autorização.

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

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Proceder a contratualização dos prestadores de serviços de saúde sob gestão estadual.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	O processo de contratualização da rede filantrópica e privada está em fase de conclusão, enquanto que todos os prestadores públicos já assinaram os contratos.
Estabelecer e coordenar a avaliação dos sistemas municipais, regionais e estaduais de saúde.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Foram realizadas as seguintes atividades: - Avaliação em 197 unidades do PSF de 14 municípios da Macro Goiânia – 203 equipes do PSF. - Avaliação de 441 unidades prestadoras de serviços através do PNASS - Seminários de Capacitação

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
			no PNASS. - Curso de Avaliação (40 horas). - Seminário Avaliação do PSF. - Curso Básico de Regulação Controle e Avaliação (64 horas). - Oficina de Avaliação dos Sistemas de Saúde (40 Hs).
Monitorar o SUS estadual em consonância com o PDR	Alcançada	Alcançada	(2005) Atualização do Plano Diretor de Regionalização e publicação de 1000 exemplares (2005). (2006) Elaboração de mapas georreferenciados sobre o novo desenho de regionalização de Goiás.

4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO - LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A qualificação da atenção à saúde tem por objetivo promover a construção, implantação e implementação de ações e serviços de saúde integrados, visando à priorização de soluções de problemas estratégicas do Sistema único de Saúde (SUS) a serem enfrentadas como resposta às reivindicações da sociedade. Para isto o planejamento e a programação em saúde são atividades imprescindíveis para a construção de mudanças das práticas de saúde, conforme a priorização dos problemas identificados.

A atividade de apoio à elaboração dos Planos Municipais de Saúde foi realizada em conjunto com todas as Superintendências, juntamente com os Gerentes e Supervisores de Gestão das Regionais de Saúde do estado de Goiás. A coordenação ficou por conta da Superintendência de Planejamento (SPLAN) que contratou uma consultora da PUC – Campinas/SP, especialista nesta área, cujo objetivo era capacitar os técnicos da Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO) para serem multiplicadores da metodologia de elaboração dos planos de saúde.

Após as oficinas - parte prática e teórica - o prosseguimento dos trabalhos ocorreu da seguinte maneira: do total de 15 Regionais de Saúde consultadas sobre a necessidade de continuar com a assessoria do nível central, 07 solicitaram a cooperação técnica. Foram realizadas oficinas de trabalho em 05 Regionais de Saúde: Sul, Serra da Mesa, Sudoeste II, Estrada de Ferro e Entorno Sul. A Regional de Saúde Rio Vermelho declinou o apoio solicitado na véspera da data agendada. Para a Regional de Saúde Nordeste foi sugerido participar com os municípios da sua área de abrangência na oficina realizada em Formosa, em razão do custo benefício para realização desta ação. A iniciativa de apoiar, localmente, os técnicos dos municípios na elaboração de planos municipais de saúde foi, em todas as oportunidades, muito elogiada e conseguiu alcançar os anseios e expectativas da gestão estadual em relação a planejamento em saúde.

Ainda, em relação ao planejamento em saúde, no segundo semestre de 2005, o MS iniciou a implantação do Sistema de Planejamento - Planejasus, que tem como objetivo coordenar o processo de planejamento no SUS, tendo em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo. Foram realizadas reuniões macrorregionais com todos os participantes e entre os comitês responsáveis por cada macrorregião. Foram desencadeadas atividades que estão em processo de implementação. São as seguintes: agenda de compromissos pactuados entre as 3 esferas de gestão

(Pactos: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão); criar e instalar o comitê de operacionalização; priorizar o planejamento na agenda dos gestores do SUS; definir as estratégias/mecanismos para a cooperação entre as instâncias de gestão do SUS; estruturar a rede de planejamento do SUS; analisar e adequar o arcabouço legal ao planejamento; identificar as necessidades de treinamento dos profissionais de planejamento e de infra-estrutura; definir, revisar e elaborar os instrumentos básicos de gestão, conceitos, estrutura básica e metodologia; elaborar “manual” ou “cartilha” sobre os instrumentos; apoiar a realização das Oficinas Macrorregionais; e viabilizar os recursos técnicos e financeiros para consolidação do sistema. A SPLAN está responsável pela coordenação deste processo na esfera estadual.

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 99,6% de municípios cobertos com pelo menos uma (01) Equipe de Saúde da Família – ESF. A meta é atingir 70% da população, até o fim de 2007, inserindo concomitantemente, a implantação das Equipes de Saúde Bucal – ESB, na proporção de, no mínimo, 01(uma) para 02(duas) Equipes de Saúde da Família. Em dezembro de 2005, pelos dados do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB, o nº de ESF era de 967 e até outubro de 2006, somava-se 972 equipes implantadas e informadas no sistema em 245 municípios goianos.

O estado de Goiás ainda conta com 11 municípios sem a Estratégia de Saúde Bucal incorporada as suas Equipes da Estratégia Saúde da Família. Estes municípios continuam sendo alvo de atenção por parte da Superintendência de Políticas e Atenção Integrada de Saúde (SPAIS), por meio das

Regionais de Saúde, as quais têm realizado um trabalho de sensibilização junto aos gestores municipais

O Plano Operativo do PROESF - Componente III, 2005/2006, não está sendo executado, devido aos entraves jurídicos e financeiros da SES. 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 o segundo semestre, foram reprogramadas para 2007. E somente serão realizadas se a SES conseguir empenhar os processos até 30/12/2006, que é o prazo estipulado pelo Ministério da Saúde para a fase I, com prestação de contas até junho/2007.

Na área de Saúde Bucal destacam-se a implantação até dezembro de 2006, de Centros Especializados em Odontologia (CEO) e de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), dentro do projeto Brasil Sorridente do Ministério da Saúde nos municípios de Anápolis, Goiânia, Jataí, Itumbiara, Goiatuba, São Luiz dos Montes Belos, Iporá e Porangatu.

A Central de Captação e Doação de Órgãos tem concentrado seus 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. Foram realizados 537 transplantes em 2006, além de alguns procedimentos administrativos como: organização de lista clínica de espera para transplante de córnea; controle e análise de comprovantes de realização de procedimentos; controle e análise dos dados dos receptores e dos processos de doações, controle do número de renais crônicos do Estado; e divulgação das ações na revista Perfil Centro-Oeste.

Quanto a conclusão e equipagem dos hospitais da região do Entorno do Distrito Federal, municípios de Novo Gama, Valparaíso e Santo Antonio do Descoberto, encontram-se em fase final de implantação, restando realizar algumas adequações físicas e aquisição do restante de equipamentos para as unidades de Novo Gama e Valparaíso.

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 ampliação da cobertura de atendimento as urgência e emergências foram consideradas 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 dos sistemas estaduais 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.

O processo de implantação do Atendimento Móvel de Urgência - SAMU está ocorrendo com o envolvimento das unidades de atendimento pré-hospitalar e hospitalar. Entre as ações desenvolvidas nesta área, estão a concretização das instalações de novos serviços do SAMU em Goiânia e Luziânia e com previsão para o final de 2006 em Caldas Novas e Itumbiara. Além destas atividades foi inaugurado os Hospitais de Urgências de Anápolis, Formosa, Aparecida de Goiânia e Trindade, no intuito de somar força para desafogar o HUGO.

Os Ambulatoriais 24 h estão funcionando em todas as regiões, totalizando 54 unidades. O plano de substituição de equipamentos no intuito de adequar à Portaria 2.048 do MS foi ineficiente para atender estas Unidades. Existem problemas com o repasse financeiro efetuado pelo Estado, considerando o longo prazo na transferência dos mesmos, que hoje contam com 10 (dez) meses de atraso.

No último trimestre de 2006, a SES teve como principal meta resgatar a normalidade dos atendimentos de urgências e emergências. Para tanto, foram desenvolvidos trabalhos no Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO, incluindo o restabelecimento da manutenção dos equipamentos e o remanejamento de pacientes para outras unidades. Também foi inaugurada mais uma UTI e a criação do serviço de atendimento em domicílio. Outra ação foi a incrementação de convênios com hospitais da rede conveniada e instalação de equipe de auditores para verificar o número de casos que estão sendo encaminhados sem necessidade ao HUGO.

Em relação às ações específicas da área meio, a SES elabora continuamente documentos relacionados às informações e pareceres técnicos, que compõem os processos de pleito municipal para organização e manutenção do sistema de saúde. Estes documentos apresentam uma visão geral dos serviços e da rede assistencial dos municípios, bem como, análises com base em necessidades

da população confrontadas com a capacidade instalada dos municípios, em consonância com o plano de regionalização estadual. Esse trabalho é realizado em função das demandas que são geradas e foi possível atender todas que surgiram nos anos de 2005 e 2006.

Em referência a avaliação dos sistemas municipais de saúde foi realizada: avaliações em 97 unidades do Programa de Saúde da Família – PSF, em 14 municípios da Região Macro Goiânia, totalizando 203 equipes do PSF; cursos de regulação, controle e avaliação em saúde (com 40, 64 e 40 horas); seminários de capacitação no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, resultando em avaliação de 441 unidades prestadoras de serviços.

A estruturação da Assistência Farmacêutica (AF), dentro das atividades propostas, no intuito de atender as necessidades da área, culminou com a publicação da Política de Assistência Farmacêutica, que é o documento orientador de todas as linhas estratégicas do setor. Foram feitas várias ações que vieram contribuir para fortalecimento da Assistência Farmacêutica no Estado, como a elaboração e publicação da Relação Estadual de Medicamentos para uso Hospitalar (RESME), o eixo orientador do Ciclo da Assistência Farmacêutica e capacitações para Regionais de Saúde e municípios na utilização dos recursos da Farmácia Básica.

No que se refere à implementação de mecanismos de referência e contra-referência a SPLAN coordenou a implementação de um instrumento de análise da programação e produção do MAC. O que se pretendia realizar nos anos de 2005 e 2006 era a atualização dos dados desse sistema, entretanto não foi possível alcançar totalmente esta meta em função de: falha na base de dados das APAC's; e atrasos médio de 3 meses na disponibilização dos dados pelo Datasus/MS (no caso das informações 2006). No ano de 2005 houve a participação na definição de metodologia e elaboração de instrumento que viesse gerar relatórios específicos da PPI MAC para subsidiar na contratualização de prestadores pela gestão estadual.

Em abril de 2005, foi feita a transferência da Coordenação Estadual do Cartão SUS para a SCATS, com 2.879.659 cadastrados de uma população de 5.306.424 habitantes. Atualmente foram atingidos 4.378.201 cadastros em uma população de 5.657.234 habitantes (77%). Foram cadastrados em torno de um milhão de habitantes, com entrega de 1.866.357 cartões provisórios em todo o Estado e 468.868 cartões definitivos a 37 municípios do Estado de Goiás.

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

Quanto ao Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi possível desenvolver uma série de ações orientadas ao monitoramento do SUS estadual. A primeira delas foi atualizar o PDR e publicar 1000 exemplares. Além disso, com a nova proposta de territorialização das Regiões de Saúde de Goiás foram elaborados mapas georeferenciados, conseguindo assim uma visão ampla e atual de todos os municípios inseridos em cada uma das macrorregiões. Além desses instrumentos, todos os processos relacionados à estruturação dos serviços e rede de assistência em Goiás, receberam informações técnicas à luz do PDR.

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.

Para os anos de 2005 e 2006 as atividades de conformação de redes encontram-se na sua maioria conformadas, como se seguem: Cardiologia, Nefrologia, Traumato-ortopedia, detecção do HIV, urgência e emergência, oncologia, pandemia de influenza, efeitos adversos da vacina de rotavírus, serviços sentinela p/ vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho, rede de leitos existentes p/internações psiquiátricas/louco infrator, monitoramento terapêutico para HIV/DST/AIDS, neurologia, assistência ao adolescente em conflito com a lei. As redes do portador de deficiência e acidentes biológicos já foram aprovadas pela CIB. As de saúde do idoso e mental já se encontram conformadas, porém, ainda não submetidas à CIB. Em fase inicial apenas as redes de atenção à saúde bucal e de hospitais de referência estadual. Desta forma a SES vem desenvolvendo importante papel na reorganização dos sistemas de saúde no Estado procurando relacionar economia de escala com qualidade e acesso aos serviços de saúde.

A realização de auditorias, sob responsabilidade da Superintendência de Controle e Avaliação Técnica em Saúde (SCATS), resultou no acompanhamento da organização da Atenção

Básica em todos os municípios auditados. A cooperação técnica foi disponibilizada aos municípios para a adequação às normas dos programas básicos em todas as auditorias realizadas. Os recursos financeiros da atenção básica que comprovadamente não foram investidos retornaram ao Fundo Municipais de Saúde e reaplicados em Atenção Básica.

Ainda, em relação à descentralização das auditorias foram realizadas as seguintes atividades: contratação de auditores para as 14 regionais de saúde e nível central; descentralização das auditorias para as regionais; aumento do número de vagas para auditores; auditorias e apurações de denúncias e vistorias estão sendo realizadas pelas regionais com o apoio técnico do nível Central; e nível central concentra as auditorias realizadas em procedimentos além das auditorias contábeis.

Os Complexos Reguladores estão parcialmente implantados na Região Metropolitana e Pireneus. As outras regiões estão em fase de negociação através de uma co-gestão entre SCATS/SES e municípios envolvidos e o apoio operacional dos Municípios - sede destes complexos. Nesta área, também, foram realizadas as seguintes atividades: participação no Congresso de Política Nacional de Atenção a Urgência (SAMU); participação em cursos de capacitação das equipes dos Complexos Reguladores nas Regionais, bem como apoio técnico permanente a estas equipes; participação da Coordenação Nacional de Regulação na implantação dos Complexos Reguladores (CR); emissão de pareceres técnicos sobre viabilidade de implantação do SAMU em todas as Regionais; controle da documentação referente às implantações do SAMU, exigidos pelo Ministério de Saúde, dando celeridade ao processo; apresentação do SIS-REG aos Municípios sedes de complexo regulador, com a presença de consultores do MS e acompanhamento, presencial, na implantação de todos os CR e SAMU e apoio técnico permanente aos municípios envolvidos.

Quanto à implantação de mecanismos regulatórios para as urgências e emergências, foram implantadas as Centrais de Regulação de Urgências nas Regiões Metropolitana de Goiânia, São Patrício, Pireneus, Entorno Norte, Nordeste e Entorno Sul. Em fase de implantação nas Regiões Norte, Serras da Mesa, Rio Vermelho, Sul, Estrada de Ferro, Sudoeste I e Sudoeste II.

5. 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 e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Apoiar as ações de implantação de unidades de vigilância em saúde do trabalhador nos sistemas municipais nas 16 regiões de saúde e 03 CEREST no Estado.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Aprovado na Bipartite a obrigatoriedade da notificação de agravos referentes à saúde do trabalhador. Realizado treinamento para o técnico de informática sobre o sistema de informação. Feito o planejamento para repasse deste treinamento para as regionais de saúde. Fase de apresentação da Equipe do CEREST estadual para início das atividades.
Apoiar a implantação de núcleos de vigilância epidemiológica em doenças não transmissíveis em profissional de nível superior em 105 municípios	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Por falta de recursos humanos para o acompanhamento do processo de implantação foi dado prioridade aos municípios que fazem parte do CARMEN (total de 15 municípios).
Sistematizar o monitoramento dos grupos de risco e danos a saúde da população e o meio ambiente.	Alcançada	Alcançada	Entende-se por grupo de risco o grupo de pessoas com maior probabilidade de adoecer de uma determinada doença, assim, as atividades de monitoramento foram executadas de acordo com a doença e incidência registrada.
	Não executada	Parcialmente alcançada	Constituição, no último trimestre de 2006, de um grupo de trabalho, composto por representantes de diversas instituições para apresentação de propostas que visem à redução dos acidentes de moto.
Reestruturar a vigilância epidemiológica da varicela	Parcialmente alcançada	Não alcançada	Em 2005 foi criada a portaria nº. 74/2005 que estabelece obrigatoriedade da notificação da Varicela. Em 2006 não houve ações de reestruturação.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Implementar o sistema de vigilância epidemiológica em doença sexualmente transmissível/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS)	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Realizadas 50% da supervisão programada. As oficinas seminários e capacitações não foram realizadas devido ao atraso de licitação. Os artigos e avaliações dos dados estão programados para o próximo semestre.
Implementar a integração das ações de vigilância epidemiológica da hepatite B e C nos centros de testagem anônima (CTA's) e serviço de atendimento especializado	Não alcançada	Não alcançada	Realizada 01 reunião visando à integração.

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

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Aumentar a cobertura vacinal de febre amarela silvestre para 95%	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Apesar de o Estado alcançar a cobertura vacinal preconizada no período de 2005 e 2006, apenas 68,29 % (168) dos municípios alcançaram a meta estabelecida., tendo como causa a falta de homogeneidade no percentual de cobertura dos municípios.
Aumentar a cobertura vacinal da tríplice viral em crianças menor de 1 ano de 85 para 95%.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Apesar de o Estado alcançar a cobertura vacinal preconizada no período de 2005 e 2006, apenas 70,73 % (174) dos municípios alcançaram a meta estabelecida, tendo como causa a falta de homogeneidade no percentual de cobertura dos municípios.
Aumentar a cobertura vacinal da dupla em mulheres de na idade fértil para 95%.	Não alcançada	Não alcançada	2005 – 32,37% 2006 – 30,39% Como a cobertura é calculada após a 3ª dose da vacina, fatores como perda do cartão, e não alimentação adequada do sistema pode ter contribuído para a não cobertura da meta programada.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Reduzir a incidência do número de casos de dengue em 50% em relação ao ano de 2005 e 25% a cada ano seguinte.	Não alcançada	Não alcançada	Aumento de 164,08% em relação ao mesmo período do ano anterior (até semana 53 do ano 2005) e aumento de 48,8% em relação ao mesmo período do ano anterior (até semana 37 do ano 2006)
Integrar as ações de controle de dengue com outros órgãos de governo (Estaduais e Municipais)	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Foi criado o comitê estadual de Mobilização Social de Controle da Dengue para discussão sobre situação epidemiológica, medidas de controle e elaboração de material educativo.
Realizar campanhas educativas para prevenção do Dengue	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Não foi liberada a veiculação das campanhas na mídia pela AGEKOM. Realizada apenas distribuição de material educativo (folder e cartazes e assessoria aos municípios)
Implementar o controle das ações de redução multifatoriais das enfermidades não transmissíveis (CARMEN)	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Foram realizadas assessorias aos municípios e ARS, bem como a empresas que tem interesse em ações e medidas de qualidade de vida, de acordo com demanda.
Estabelecer parcerias com empresas para controle da hipertensão e diabetes	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Realizadas parcerias empresas e instituições e realizadas reuniões periódicas do comitê CARMEN (Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Esporte e Lazer; Secretaria de Estado da Saúde e da Educação, Faculdade de Nutrição da UFG, Liga de Hipertensão Arterial do HC e a OVG).
Divulgar “Projeto Saúde Nota 10”	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Alguns materiais educativos (folder e vídeos) ficaram prontos; faltou realização de seminários de divulgação devido a atraso no financiamento.
Promover campanha estadual de vacinação animal	Alcançada	Alcançada	Campanha executada.
Realizar campanhas educativas direcionadas a grupos de	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Não foi liberada a veiculação das campanhas na mídia pela AGEKOM. Realizada apenas

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
risco de doenças prevalentes			distribuição de material educativo (folder e cartazes e assessoria aos municípios)

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

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Alcançar e manter a coberturas vacinais ideais e homogêneas na campanha do idoso em 70%.	Alcançada	Alcançada	Em 2005 cobertura de 96,39% e em 2006 de 97,04%.
Garantir o fornecimento de métodos anticoncepcionais para 100% das unidades básicas de saúde da família	Não alcançada	Alcançada	Estratégia reprogramada, para atender 5% da demanda das mulheres de idade fértil no Estado de Goiás.
Reduzir os índices de mortalidade infantil de 22,0 para 18,0 por 1000 nascidos vivos.	Alcançada	Parcialmente alcançada	(2005) 14 por mil nascidos vivos; (2006) não sendo possível calcular por falta de fechamento de dados.
Reduzir os índices de mortalidade materna de 45,0 para 39,0 por 100.000 habitantes.	Alcançada	Parcialmente alcançada	(2005) 28 por 100.000 mulheres; (2006) não sendo possível calcular por falta de fechamento de dados.
Reduzir a taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo uterino de 4.16 para 3.0 por 100.000.	Alcançada	Parcialmente alcançada	Para 2005 – 3,0/100.000 Para 2006 os dados ainda não estão disponíveis. Aguardando o fechamento do ano (SISPACTO)
Reduzir a taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama de 6.52 para 5.00 por 100.000.	Alcançada	Parcialmente alcançada	Para 2005 – 5,0/100.000 Meta não pactuada no SISPACTO p/ 2006
Implantar o sistema de registro hospitalar de câncer em 03 CACON's do estado	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Em fase de implantação.
Implementar o plano operativo estadual de saúde no sistema prisional em 100% das unidades penitenciárias.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	O convenio ainda está em andamento, não houve o repasse do recurso financeiro.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Implantar o programa de atenção ao louco infrator (PAILI) no estado de Goiás	Não executada	Parcialmente alcançada	Implantação do PAILI em parceria com Secretaria de Estado da Justiça, Ministério Público/GO, Tribunal de Justiça /GO e a Secretaria de Saúde do município de Goiânia.
	Não executada	Parcialmente alcançada	Encontra-se em funcionamento na SPAIS, aguardando os tramites legal para locação de imóvel para implantação definitiva.
Reorientar o modelo assistencial de saúde mental reduzindo em 55% o número de internações em quatro anos.	Não alcançada	Não alcançada	O numero de internações aumentaram em 6%, sugerindo a necessidade de uma implementação das ações realizadas pelos CAPS e de novos serviços. (Responsabilidade do Estado e do Município).
Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso nos 246 municípios do estado de Goiás.	Não executada	Alcançada	Criado programa Bolsa Saúde, que treina familiares para cuidar de idosos e outros pacientes com dificuldades de locomoção, em suas próprias residências.
	Não executada	Alcançada	Capacitação no curso de Cuidadores de Idosos para formação de multiplicadores com participação de técnicos dos municípios, regionais de saúde.
Alcançar e manter a coberturas vacinais ideais e homogêneas na campanha do idoso em 70%.	Alcançada	Alcançada	Em 2005 - cobertura de 96,39% e em 2006 de 97,04%.
Apoiar a efetivação da política do idoso.	Não alcançada	Não alcançada	A política Estadual do Idoso está em fase de apreciação do Conselho Estadual de Saúde e do Idoso, para posterior aprovação e divulgação.

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

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Ampliar a cobertura de tratamento e diagnóstico de tuberculose de 56% para 70% das unidades básicas de Saúde.	Alcançada	Alcançada	Em 2005 a cobertura alcançada foi de 84% e em 2006 de 80,7.
Reduzir a proporção de abandono de tratamento de tuberculose de 9.2 para 6.0% dos casos.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Em 2005 proporção de abandono de 9% e em 2006 7,5%. Dados sujeitos a alteração devido a problemas no programa SINAN
Aumentar as buscas de casos novos de tuberculose de 18,9 para 20,1/100.000 habitantes.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Em 2005 15/100.000 de busca de casos novos e em 2006 6,1/100.000. Dados de 2006 referentes ao período de janeiro a junho
Ampliar de 42% para 80% a cobertura do diagnóstico e tratamento de hanseníase nas unidades básicas do estado	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Em 2005 - cobertura de 62% e em 2006 72%, com previsão de cobertura em 80% até o final do ano de 2006.
Reduzir a prevalência de hanseníase de 5.03 para 3,71/10.000 habitantes no estado	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Em 2005 a redução foi de 3,9/10.000 hab. Em 2006 redução de 4,8/10.000hab. Em relação a 2006 os dados são preliminares, sujeito a mudança do coeficiente.
Reduzir o percentual de abandono de 27 para 17% e aumentar o percentual de cura de 64 para 80%	Não alcançada	Não alcançada	Em 2005 o percentual de abandono foi de 22,1% e o aumento do percentual de cura foi de 78,7%. Observa-se em 2006 uma redução do abandono e percentual de cura, com 18% e 60% respectivamente, porém são dados preliminares.

5.1. 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.

No que se refere à saúde do trabalhador, em 2006 foi elaborado o Programa de Prevenção contra Acidentes Biológicos para profissionais da Saúde com a participação de todas as Regionais de Saúde. Está em fase de implantação uma cartilha que orienta os procedimentos a serem realizados após acidentes com material biológico. Também foi elaborado o projeto Municípios Sentinelas que alimentará o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a partir de 2007, as informações sobre a Saúde do Trabalhador, fornecerá dados para diagnóstico. Foram realizadas diversas reuniões e participações em eventos relativos a implementação de políticas e atividades na área de saúde do trabalhador.

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é doença emergente, que representa um dos maiores problemas de saúde pública. O estado de Goiás possui treze unidades de centro de testagem e aconselhamento: distribuídos nos seguintes municípios: Anápolis, Aparecida de Goiânia, Campos Belos, Goiânia, Itumbiara, Jataí, Luziânia, Rio Verde, Santo Antônio do Descoberto, Catalão, Ceres Formosa e Uruaçu. Possui, também, cinco Unidades de atendimento aos pacientes portadores de HIV/AIDS, que oferecem o tratamento ambulatorial, nos municípios de Goiânia, Anápolis, Rio Verde, Itumbiara e Ceres, conta, ainda, com o Hospital Doenças Tropicais (HDT) como unidade de referência. No atendimento às Gestantes HIV+ a referência é o Hospital Materno Infantil (HMI).

No estado de Goiás, no ano 2006, foram registrados 389 casos de AIDS adulto. Com relação as Gestantes HIV+ foram registrados 145 casos. A transmissão vertical ainda é responsável pelo maior número de casos de contaminação em crianças apresentando um percentual de 97,6% do total de casos notificados no SINAN. Em 2006, a Superintendência de Políticas e Atenção Integral a Saúde (SPAIS), realizou campanhas educativas com êxito, com recursos do Tesouro Estadual, através de parcerias com o Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN-GO) no carnaval; com o SIATE, no Araguaia; e com o Hospital de Doenças Tropicais (HDT) no dia mundial de luta contra a AIDS.

Dados preliminares demonstram que em Goiás, no período 2005-2006, foram detectados 1.950 casos novos de Hanseníase, com coeficiente de detecção de 3,4/10.000 habitantes, considerado pelo parâmetro do Ministério da Saúde (MS) como muito alto. Em menores de 15 anos foram detectados 106 casos novos com coeficiente de detecção de 0,6/10.000 habitantes, também, muito alto, sendo motivo de preocupação, pois significa que a doença ainda está em expansão.

A intensificação das atividades de capacitação de recursos humanos e a descentralização das ações de diagnóstico e tratamento da hanseníase para os serviços de atenção básica favoreceram a ampliação da cobertura das ações do controle da doença de 30% em 2004 para 72% em 2006, nos municípios prioritários. A intensificação das atividades de controle nesses municípios, conseqüentemente, contribuiu para um avanço no percentual de cobertura das ações do Estado.

O número de casos em curso de tratamento é de 2.496 e o coeficiente de prevalência é de 4,4/10.000 hab. A proporção de cura entre os casos de hanseníase diagnosticados está em 64%, se considerado parâmetro precário (<75%). A proporção de abandono de tratamento de casos novos em Goiás está em 35,5%, também apresenta parâmetro precário (>25%). Observa-se que os serviços não estão sendo capazes de tratar todos os casos, acredita-se que, com a descentralização dos serviços e a melhoria da cobertura das atividades de controle da hanseníase, a tendência será de redução do abandono.

Observa-se que os indicadores de hanseníase no estado de Goiás, não são satisfatórios, em função de problemas operacionais (déficit de recursos humanos e financeiros), bem como, inconsistências no sistema de informação, porém, nos municípios prioritários o monitoramento está acontecendo em torno de 80%. O Estado tem trabalhado no sentido de melhorar as informações através de supervisão direta e indireta, capacitações dos profissionais, bem como atualização das informações, correções de duplicidades e inconsistências no banco de dados.

A tuberculose apresenta características peculiares em cada país e mesmo em cada região, como ocorre no Brasil, estando sua magnitude relacionada ao nível de desenvolvimento social, à qualidade de controle da doença e da sua gestão. As condições de acesso aos serviços de saúde são fundamentais para a redução dos casos.

De acordo com o SINAN-TB, em Goiás, foi detectado no período de janeiro a novembro de 2006 um total de 538 casos novos de tuberculose, portanto, com incidência de 9,4/100.000 hab. Deste total, 323 são pulmonares bacilíferos, correspondendo a 60,0% dos casos, com incidência de 5,6/100.000 hab. Em relação à situação de encerramento dos casos, o percentual de cura foi de 53,4% dos casos e a taxa de abandono 8,8%. Estes percentuais não correspondem ao preconizado pelo Ministério da Saúde, quando que para taxa de cura é estabelecida de no mínimo 85% e a de abandono de até 5%.

Acredita-se que estes indicadores estejam abaixo do ideal, por ainda ter 21,6% de casos sem informação no sistema, devido a não atualização dos dados no tempo oportuno, bem como, a existência de problemas no sistema quando do processo de transferência dos dados nos diferentes níveis (Municipal/Regional/Estadual).

Os resultados alcançados em consequência das atividades realizadas pela área técnica de Vigilância Epidemiológica/SPAIS, referem-se à definição com a Direção Geral e Técnica do HDT pelo referenciamento dos pacientes com tuberculose, residentes em Goiânia e Aparecida de Goiânia as Unidades Básicas de Saúde mais próximas de suas residência. Foi implantado o tratamento diretamente observado na Agência Prisional e medidas para agilizar o diagnóstico laboratorial em Aparecida de Goiânia. Realização de capacitação para 669 profissionais de nível superior e 72 de nível médio, das Unidades de Saúde da Família e Ambulatórios do município de Goiânia e outros; com ênfase na Estratégia DOTS (tratamento diretamente observado).

Com relação à formação de multiplicadores das ações do controle da tuberculose foi obtido avanço no que se refere à transmissão dos conhecimentos adquiridos, aumentando em curto prazo o número de profissionais capacitados, descentralizando as ações, melhorando os indicadores. Certamente, estes municípios aumentarão sua cobertura das ações de controle da doença.

As transformações no perfil epidemiológico, observado nos últimos anos, em direção à prevalência das doenças não transmissíveis, com predomínio das cardiovasculares levaram a SES-GO, a buscar a inserção entre as experiências que vem se desenvolvendo em vários países com

apoio da OPAS/OMS, objetivando o controle desses agravos à saúde. Neste sentido foi implantada a estratégia CARMEN- Conjunto de Ações para Redução Multifatorial em Enfermidades Não Transmissíveis, desde 1999, como uma nova abordagem dada às doenças não transmissíveis no Estado.

O projeto CARMEN, em seu estágio atual, vem realizando inquéritos para identificação da situação de exposição ao risco de adoecer em que se encontram as populações destes municípios, que servirão de base para as atividades de intervenção sobre o problema. Encontra-se em fase de elaboração a redação da análise dos dados do 2º inquérito de fatores de risco para as doenças não transmissíveis realizadas na Região Leste de Goiânia. Foi feita a análise dos dados de monitoramento dos fatores de risco para doenças não transmissíveis no município de Firminópolis e de 2 empresas no município de São Luiz de Montes Belos. Realizadas atividades de supervisão do CARMEN em Firminópolis, São Luís de Montes Belos, Palmeiras, Goiânia, Aurilândia, Palminópolis, Buriti de Goiás, Cachoeira de Goiás, Córrego do Ouro, Sanclerlândia, Turvânia. Também, foram realizadas assessorias a instituições que solicitam palestras ou pareceres em relação às doenças não transmissíveis e seus fatores de risco e apresentação no Congresso de Saúde Coletiva em agosto de 2006.

Com o objetivo de avaliar os bancos de dados existentes sobre as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTs), com base no SIM/ Datasus, foi realizado uma série histórica (1998 a 2004) onde se verificou o comportamento dos óbitos por capítulos da CID-10, no estado de Goiás, confirmando a importante proporção de causas de óbito por doenças do aparelho circulatório em relação as outras causas. Para mudar este cenário a SES deste programa tem investido em parcerias com Secretarias Municipais da Saúde, Educação e Esporte e Lazer, Secretaria de Estado da Educação, a Faculdade de Nutrição da UFG, a Liga de Hipertensão do Hospital das Clínicas e a OVG, por intermédio do Comitê CARMEN.

A dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Cerca de 550.000 doentes necessitam de hospitalização e 20 mil morrem em consequência da dengue (Ministério da Saúde, 2006). No Estado de Goiás, a reintrodução deste vetor foi em 1984, pelo Município de São Simão, no Sudoeste do Estado a 363 Km de Goiânia, capital do Estado. Desde então, espalhou-se para outros municípios, totalizando hoje 242 municípios infestados pelo *Aedes aegypti*. Observou-se uma dispersão muito ampla e rápida do vírus ocasionando anos seqüenciais de epidemia e um aumento considerável das formas mais graves da doença, observados através dos sinais e sintomas registrados nas Fichas de Investigação Epidemiológica (FIE).

Analisando os anos de 1999 a 2006, verifica-se um aumento do número de casos a partir de 2001, comparados aos anos anteriores. Em 2005 e 2006, houve um aumento expressivo do número de casos registrando incidências de 217,97 em 2005 e 210,02 em 2006, por 100.000 habitantes, sendo que o MS preconiza uma redução de 25% a cada ano, até o mês de dezembro. Em relação a sexo e faixa etária, em todos os anos analisados, a predominância foi no sexo feminino (54,9%) e na faixa etária de 20 a 39 anos de idade (45,6%), respectivamente. Os municípios de Aparecida de Goiânia e Goiânia contribuíram com uma média percentual de 75% em relação ao total do número de casos do Estado.

Vários problemas foram identificados no controle da Dengue, estão relacionados a fatores como a inconsistência no banco de dados, detectados através de fechamento tardio dos casos; duplicidades; preenchimento incompleto dos campos obrigatórios; casos fechados incorretamente; entre outros. Observa-se que não houve avanço no processo de pactuação dos laboratórios descentralizados para sorologia com os municípios da região. Não existe indisponibilidade de tempo e de recursos humanos para realizar a conferência do banco de dados no nível estadual/SPAIS. Ressalta-se, também, dificuldade das Regionais de Saúde em atender as solicitações dos municípios em relação ao container de nitrogênio para monitoramento do vírus circulante.

Os coeficientes de mortalidade infantil e de mortalidade materna são considerados indicadores de grande sensibilidade para avaliação das condições de vida e saúde de uma dada população, bem como, para mensuração da qualidade da assistência prestada a esse segmento populacional. A busca na melhoria dos níveis de cobertura e da qualidade do pré-natal e do parto tem caracterizado um esforço permanente da SES/GO.

Entre as principais atividades para reduzir o coeficiente de mortalidade infantil, destaca-se a criação do Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, cujas reuniões estão acontecendo mensalmente. A Política Estadual de Saúde da Criança foi elaborada, porém aguarda discussões na SES e no Conselho Estadual de Saúde. Foram elaborados cinco módulos previstos para realização das capacitações de multiplicadores das equipes de saúde da família. Todas estas ações, dentre outras, que continuamente são desenvolvidas, contribuíram para a redução dos índices de mortalidade infantil no estado de Goiás.

A taxa de mortalidade materna acima de 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos pode ser considerada elevada. Em Goiás as mortes maternas têm diminuído, contudo ainda se

encontram em um patamar alto. De acordo com dados do MS a Razão de Mortalidade Materna em 2005 foi de 28,0/100.000 NV. As análises das causas de mortalidade materna perpassam a discussão sobre o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência à saúde da mulher, o preenchimento das declarações de óbito, assim como a notificação das mortes.

A área técnica de saúde da mulher realizou o diagnóstico situacional do planejamento familiar em conjunto com as 16 Regionais de Saúde e 246 municípios, através de aplicação de um questionário. Diante disto, foi observado a grande necessidade capacitação dos profissionais de saúde, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos que atuam na atenção básica, em planejamento familiar e disponibilização de materiais educativos, bem como a capacitação do profissional médico na colocação do DIU.

Dando continuidade nas ações de melhoria a assistência ao pré-natal de baixo risco e ao planejamento familiar foram capacitados 33 profissionais, médicos e enfermeiros, que tem como objetivo multiplicar conhecimentos aos profissionais dos municípios e das equipes de saúde da família (ESF) locais. Os municípios contemplados foram: Itumbiara, Caldas Novas, Goiatuba, São Luis de Montes Belos, Jataí, Ceres, Crixás, Goianésia e Luziânia. Também foram realizadas assessorias aos municípios da região de São Patrício, Pirineus e Centro Sul, com o intuito de organizar os comitês municipais de Morte Materna no Estado, um trabalho que muito tem contribuído para as análises dos dados sobre mortalidade materna.

As áreas técnicas de saúde da mulher em Goiás têm avançado sobre a assistência às gestantes, além de desenvolver atividades de esclarecimento de dúvidas comuns, proporciona um acompanhamento de perto para avaliar a saúde tanto da mulher quanto do bebê. Porém, o atendimento recomendado e previsto, ainda, não atinge todas às mulheres e há muito que fazer para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos e alcançar taxas mais baixa de mortalidade materna.

O Brasil é um país que está envelhecendo rapidamente, tendo em vista que a faixa etária de 60 anos e mais é a que mais cresce em termos proporcionais. Em Goiás, o aumento da população idosa é um fato. Neste contexto, percebe-se claramente à importância de instituir políticas públicas voltadas para esse segmento. Seguindo esta tendência epidemiológica os técnicos da SPAIS juntamente com outras áreas estratégicas da SES elaboraram a Política de Atenção ao Idoso do Estado de Goiás, com objetivo de aumentar a expectativa de vida saudável e ativa e contribuir com a qualidade de vida das pessoas, inclusive dos idosos frágeis que requerem cuidados.

Para orientar as Ações da Política de Atenção ao Idoso do Estado de Goiás, três eixos estratégicos servirão de base: Organização e Estruturação da Rede na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Capacitação de Recursos Humanos e Gestão da Informação. Para isto, foram realizadas diversas atividades como participação em reuniões, eventos, oficinas de trabalho e articulações intersetoriais, visando à elaboração da política do idoso e a continuidade de atividades que são desenvolvidas regularmente no Estado.

Atualmente a Política Estadual do Idoso está em fase de apreciação do Conselho Estadual de Saúde e do Conselho do Idoso, para posterior aprovação e divulgação. No semestre de 2006 foi criado o programa Bolsa Saúde, que treina familiares para cuidar de idosos e outros pacientes com dificuldades de locomoção, em suas próprias residências. Foram capacitados todos os cuidadores de idosos inscritos, provenientes de vários municípios goianos, por intermédio de curso oferecido pela Escola de Saúde Pública – ESAP.

As ações de Saúde Mental tem como missão à reorientação do modelo de Atenção a Saúde dos portadores de transtornos mentais, visando à progressiva redução de leitos psiquiátricos, priorizando desta forma, a criação dos serviços substitutivos/extra hospitalares. Foram realizadas diversas atividades no intuito de implementar a reorientação do modelo de atenção a saúde dos portadores de transtornos mentais. Dentre estas, se destacam as assessorias técnicas para implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nos municípios de Goiás, Padre Bernardo e Trindade. Ainda, a criação de 03 Residências Terapêuticas (RTA) em Palmelo. A elaboração e apresentação da rede de saúde mental. A assinatura do Termo de Mútua Cooperação entre a SES/SPAIS e a Secretaria de Estado da Justiça para celebração do convênio que permitirá o repasse do incentivo à saúde no sistema penitenciário de Goiás para Agência Prisional. Apesar de todas estas ações o número de internações aumentou em 6%, sugerindo a necessidade de implementação das ações realizadas pelos CAPS e de novos serviços sob responsabilidade do Estado e dos Municípios.

No final de 2006, foi firmado convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Estado da Justiça, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça do Estado de Goiás e Ministério Público do Estado de Goiás. Este convênio tem como objetivo estabelecer condições técnicas e operacionais com vistas à implementação do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI encontra-se em fase de execução.

6. 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.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Implementar a descentralização da gestão e das ações de saúde para os 246 municípios.	Alcançada	Alcançada	O processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde é uma atividade permanente de responsabilidade de todas as Superintendências, foi implementado em 2005 e 2006, abrangendo todos os municípios, integrado a diversas atividades.
	Alcançada	Alcançada	Foram disponibilizadas informações técnicas elaboradas a luz do PDR, orientando a estratégia de descentralização por meio de informações sobre: capacidade instalada, profissionais de saúde cadastrados, produção ambulatorial e hospitalar, programação pactuada integrada e outras. Totalizando 126 em 2005 e 65 em 2006.
	Alcançada	Alcançada	Processo contínuo de assessoria técnica e supervisão aos municípios por meio de fiscalizações sanitárias em parceria com as regionais e com os municípios.
	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	As ações de vigilância sanitária encontram-se em processo de implementação - alguns municípios ainda não assumiram todas estas ações.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
	Alcançada	Alcançada	São realizadas assessorias permanentes aos municípios de acordo com a demanda, em relação a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e SIA SUS;
	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Foram realizadas oficinas de implantação do Pacto pela Saúde para todas as regionais, juntamente com o COSEMS, gestores municipais e técnicos das regionais. Falta, ainda, a conformação dos Colegiados de Gestão Regionais e posterior formalização dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal.
	Alcançada	Alcançada	Processo contínuo de assessoria técnica aos municípios em atendimento as demandas pertinentes a gestão da Atenção Básica.
Qualificar os sistemas municipais de saúde para o desenvolvimento das ações de saúde pública, por iniciativa de todas as superintendências.	Parcialmente alcançada	Não executada	Implantação do Projeto “Municípios e Comunidades Saudáveis” – não houve prosseguimento no ano de 2006.
	Alcançada	Parcialmente alcançada	<ul style="list-style-type: none"> - Formulação e implementação do curso de atualização para gestores municipais e regionais, coordenado pela ESAP; - Participação de técnicos da SES como facilitadores no processo de capacitação do curso de Atualização para Gestores Municipais nos módulos: planejamento e financiamento em saúde; modelo de gestão; controle, avaliação e auditoria. - Esta capacitação foi suspensa por dificuldade de adesão dos gestores e no financiamento. Processo será retomado em 2007.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	<p>- Criação da Câmara Técnica de Avaliação com representantes de todas as superintendências, com o objetivo de institucionalizar a Avaliação:</p> <p>Atividades desenvolvidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de reuniões mensais ordinárias; Seminário de Monitoramento e Avaliação; Seminário sobre o Programa de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS);Seminário de capacitação para Auto avaliação (AMQ); Seminário de Avaliação do PSF); e Seminário para discussão de instrumento de avaliação do PSF com orientadora da USP. - Elaboração de instrumento de avaliação das regionais de saúde e das equipes do PSF da região metropolitana de Goiânia. - Oficina de Avaliação de Sistemas de Saúde. - Organização de 03 grupos de trabalho para desenvolver projetos da agenda FESP – Funções Essenciais de Saúde Pública.
Participar do provimento de infra-estrutura, de recursos humanos, insumos e equipamentos em saúde nos municípios, de acordo com a disponibilidade da SES.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Cadastrados no Ministério da Saúde pré-projetos elaborados pelas áreas técnicas da SES.
	Alcançada	Parcialmente alcançada	<p>(2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo de aquisição de 30 motocicletas para uso específico da VISA nos municípios habilitados em tramitação na SES. - Repasse de 30 veículos 0 km para municípios e Regionais de Saúde para uso da VISA.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
<p>Incentivar a habilitação e qualificação dos municípios nos critérios estabelecidos pela NOAS em todas as superintendências.</p>	<p>Alcançada</p>	<p>Parcialmente alcançada</p>	<p>- Goiás conta com 21 municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, destes, 09 se adequaram e 06 se habilitaram conforme a NOAS-01/02. Quanto ao PAB Ampliado (PABA) 32 municípios habilitaram conforme esta normatização.</p> <p>- Em 2005 foram feitas análise de todos os processos de solicitação de habilitação, em atendimento aos requisitos: Planos Municipais de Saúde e Relatórios de Gestão.</p> <p>- Em 2006 este processo foi interrompido devido à revogação das habilitações em consequência das diretrizes impostas pelo Pacto pela Saúde.</p>
<p>Fortalecer as 16 administrações regionais de saúde em Goiás</p>	<p>Parcialmente alcançada</p>	<p>Parcialmente alcançada</p>	<p>- Elaboração do Projeto Fortalecimento das Regionais de saúde com as seguintes atividades realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir plano de estruturação das RS; - Definir composição e capacitação das equipes de trabalho das RS; - Prover as RS de suficientes recursos materiais e financeiros, - Instituir os Colegiados Regionais de Gestão das RS; - Implantar o sistema de monitoramento e avaliação das ações das RS; - Melhorar a capacidade gerencial e de gestão dos dirigentes das RS.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Atividades de realizadas na área de controle e avaliação: - Capacitação para processamento do SIA e SIH - Realização de Seminários e orientações aos técnicos para o cadastramento de usuários; - Capacitação de médico autorizador de procedimentos - Nomeação de auditores para 14 regionais de saúde
	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Participação na Câmara Técnica do Fórum de Educação Permanente que foi implantado nas macrorregiões de saúde.
	Alcançada	Alcançada	Todas as regionais de saúde foram capacitadas para cooperar e assessorar com os municípios na elaboração da PPI e programação no SisPPI e na Orçamentação do SIA SUS.
Descentralizar 11 serviços do LACEN para os municípios	Alcançada	Alcançada	- Descentralização dos seguintes exames: Hpatites virais; dengue; HIV; meningites; coleta de material para exames de média e alta complexidade (02 municípios); tuberculose e hanseníase (5 municípios).

Diretriz C.1.2: Aprimoramento dos processos de negociação, pactuação no SUS estadual.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Coordenar a articulação regional para estimular a integração intermunicipal e entre as regionais de saúde.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	(2005 e 2006) Reuniões com o grupo de estudo da PPI para análise e definição de novos parâmetros de macroalocação. Em andamento uma nova revisão na PPI do Estado, a qual deverá servir de base para a nova versão ajustada ao Pacto pela Saúde.
	Alcançada	Alcançada	(2005 e 2006) A articulação regional é uma das atribuições prioritárias da SPLAN que promoveu neste período, vários momentos de discussão e reflexão sobre a importância da integração intermunicipal (seminários, palestras, oficinas, etc).
Implantar instâncias de negociações e pactuação regionais (CIB regionais)	Alcançada	Alcançada	- Em todas as regiões foram formados núcleos p/estruturação das instâncias regionais de gestão.

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 e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Definir estrutura gerencial para as áreas de assistência Farmacêutica.	Alcançada	Alcançada	Estrutura gerencial foi definida.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Adequar e modernizar a rede física SES e das unidades assistências.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Obras executadas: - Construção do mezanino da informática; reformo da Creche Cantinho Feliz; reforma geral do HMI; construção e instalação do necrotério e câmara fria do HMI; reforma do pronto atendimento e UTI do MAPE/HUGO; manutenção e reparo da bomba de vácuo e instalações elétricas do HUGO; reforma na recepção e conclusão da UCI da MNSL; construção do galpão da rede de frios do galpão da UVB da SPAIS; - Atividades aguardando autorização para obras e serviços na SES – 75; - Regionais de Saúde aguardando autorização para obras e serviços – 09; - Unidades municipais aguardando autorização para obras e serviços – 14.
Reformar o Centro Formador de Recursos Humanos/Escola de Saúde Pública Cândido Santiago, Hospital de Medicina Alternativa, Central de Odontologia e Maternidade Dona Iris.	Não alcançada	Não alcançada	Projetos foram elaborados e os processos estão em tramitação.
Instituir entrega em domicílio dos medicamentos de alto custo de modo a evitar filas no centro de medicação de alto custo Juarez Barbosa.	Não executada	Não executada	Aguardando definição da SES, considerando que o setor responsável não tem governabilidade sobre esta estratégia.
Executar os projetos que integram o convênio de cooperação técnica Goiás/Quebec.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Projeto “Retrato da Saúde” - produto finalizado, aguardando liberação para impressão do documento.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
	Alcançada	Parcialmente alcançada	Projeto “Sistema de Vigilância de Intoxicações por Agrotóxicos”: encontra-se em desenvolvimento. Feita adaptação do sistema às nossas necessidades e início da sua utilização em caráter experimental.
	Não executada	Parcialmente alcançada	Projeto “Avaliação do Desempenho de Sistemas de Saúde” - realizada capacitação de técnicos do nível central das SES, regionais e municípios envolvidos no projeto, aguardando definição de indicadores.
	Não executada	Parcialmente alcançada	Projeto “Alocação de Recursos com Equidade” – realizados estudos estatísticos, concluído com algumas simulações e definição de índice de ajuste de população segundo faixa etária, IDH e Sexo. Aguardando a definição estratégia política que será adotada e quais regiões piloto serão trabalhadas.
	Não executado	Parcialmente alcançada	Projeto: “Planejamento e Programação de Mão-de-obra”: projeto elaborado; realizadas reuniões e oficina de trabalho para integração e padronização dos sistemas de informação; dotação da regionais de saúde (Pireneus e Nordeste) com equipamentos de informática; e simulação para validação de dados cadastrais.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
	Alcançada	Parcialmente alcançada	Projeto “Equidade de Gênero”: foram realizadas as atividades: (2005 e 2006)- Oficinas de sensibilização; (2005) Formação em análise diferenciada segundo gênero; (2006) Publicação de artigo científico na revista saúde pública da SES; (2006) Início das atividades de incorporação do tema nos cursos da ESAP. 2005 e 2006) Elaboração do documento “Perfil Sócio Sanitário da Mulher em Goiás”.
	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Projeto “Profissionalização da Gestão no SUS”: foram realizadas reuniões e oficinas de trabalho; construção dos instrumentos diagnóstico situacional e institucional; dicionário, check-list e inventário de competências; indicadores de comportamento; validação de competências; e identificação de áreas de saberes.
	Alcançada	Parcialmente alcançada	Projeto Serviço de Proteção ao Usuário - SERPRU: implantação concluída. Atualmente, em fase de informatização do sistema de registro de dados e reestruturação.
Organizar o banco de dados DST/HIV/AIDS	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	(2005) Descentralização do banco para os 17 municípios de referência; (2006) Realizada supervisão em 16 deles, porém houve dificuldade para organizar o banco de dados devido a problemas nas versões do SINAN.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Compatibilizar e aperfeiçoar as diversas iniciativas/tecnologias e todos os processos de educação/pólos com o projeto de fortalecimento da gestão e o programa de qualidade da saúde.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	(2005) Elaboração do Relatório de Gestão da VISA para o Programa Qualidade Goiás. Recebimento do prêmio Troféu Turmalina na qualidade de menção honrosa e inscrição no prêmio da qualidade Participação no 6º Ciclo de Avaliação, e elaboração do Relatório de Gestão. (2006) Recebimento, pela VISA, do Troféu Turmalina e 3º lugar geral dentre os premiados do Estado.
			Política de Educação Permanente em fase de elaboração, observando os eixos estruturantes priorizados pelo Ministério da Saúde no que diz respeito ao financiamento de projetos: Qualificação da Gestão, Atenção Básica, Urgência e Emergência e Pró-Saúde (formação de médicos, enfermeiros e odontólogos).
Avaliar e redefinir as atribuições e competências das superintendências e regionais de Saúde.	Alcançada	Alcançada	Atividades coordenadas pela SPLAN: - Oficinas de Reestruturação da SES e Regionais. - Elaboração do Regimento Interno das Regionais de Saúde. - Elaboração do Regimento das Superintendências e encaminhamento a SEPLAN para aprovação.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
	Alcançada	Alcançada	(2005) Redefinição de atribuições para as coordenações e inserção dos programas de vigilância ambiental (VIGI SOLO E VIGI ÁGUA. Todos foram definidos e implantados. (2006) Monitoramento e Avaliação das mudanças ocorridas com relação ao novo desenho das atribuições assumidas pelas coordenações e dos programas da vigilância ambiental.
	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Fase de elaboração do perfil de competências dos cargos da SES, que integra o convênio de cooperação técnica Goiás/Quebec.
	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Desde 2002 foi feita proposta a SES para a SULEIDE passar a ser denominada Superintendência de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde foi feita e apresentada a SES. Faltando, atualmente, a sua regulamentação, de direito.
Desenvolver ciência e tecnologia em saúde nas áreas de informação e gerenciamento de equipamentos.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Em fase final de implantação o Sistema de Informação de Equipamentos Médico-hospitalares – SIE. Aguardando aquisição de licenças.
Identificar novas tecnologias em saúde a serem aplicadas na SES/GO	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Em fase de implementação o Sistema de Monitoramento dos Radioacidentados – SISRAD; Em fase final de cadastro das obras e scaneamento das fotos de lesões e implementação dos relatórios solicitados.
	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Algumas tecnologias foram identificadas pelos técnicos da SUPEX, mas falta recurso financeiro para aplicá-las.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Desenvolver critérios de avaliação de incorporação tecnológica em saúde.	Não executada	Não executada	Projeto em fase inicial de elaboração.
Elaborar e implementar um plano de comunicação e marketing das ações da SES/GO ao público interno e externo.	Alcançada	Parcialmente alcançada	Atividades de veiculação de informações da VISA foram programadas para serem executadas até o fim do exercício de 2006. Atividades realizadas da Comunicação/SES/GO: edição/divulgação do semanal informativo Saúde em Pauta (2005); edição do jornal bimestral Ciência & Saúde (2005); cobertura e divulgação das realizações e serviços das unidades da SES; releases diários; página virtual da Secretaria (www.saude.go.gov.br); clipping diário com notícias da SES; manutenção de canal aberto com a comunidade e imprensa; e acompanhamento ao Secretário em visitas às Unidades da SES e outros eventos.
Instituir o código sanitário no estado de Goiás	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Código Sanitário elaborado e encaminhado para apreciação do setor competente para encaminhamentos posteriores.
Consolidar a implantação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e Ambiental (SINAVISA)	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Continuação do processo de implantação do SINAVISA e capacitação de profissionais nos municípios goianos e nas ARS.
Promover cooperação técnica e parcerias junto ao MS e outras organizações para apoiar os projetos da SES.	Parcialmente alcançada	Não executada	Criação do Grupo Intersetorial de Políticas Sociais - convênio "Ações intersetoriais para a saúde: promoção da saúde como estratégia para o desenvolvimento sustentável" celebrado entre a ENSP/FIOCRUZ/Abrasco e a Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA). Não foi executado por falta de repasse do financiamento .

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Apresentação do Projeto: "Humanização: Uma Política Orientadora Para Uma Nova Prática No Estado de Goiás" para apreciação/ aprovação no MS, já com resolução da CIB. -Lançamento oficial da PNH em Goiás. Projeto encaminhado ao Fundo Nacional de Saúde com vistas a financiamento.
	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	A Suleide em parceria com a SECTEC/MS participou ativamente do PPSU (pesquisa para o SUS), representando a SES. Foram aprovados 27 projetos que aguardam na SECTEC a contrapartida estadual.
Elaborar e implementar o plano de modernização da SES/GO.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Não foram implantados todos os sistemas por falta de pessoal e recursos financeiros
Acompanhar e monitorar as ações do Planejamento Estratégico da SES/GO	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	As áreas responsáveis pelas ações pararam por falta de recursos orçamentários.
Elaborar a Planilha de Monitoramento da Agenda de Fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP).	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Planilha elaborada e em fase de acompanhamento.
Implementar a política de "Humaniza SUS"	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Falta de recursos financeiros
Implantar o Sistema de Compras NET	Alcançada	Alcançada	Sistema em funcionamento.
Implantar o sistema de solução integrada de informação em saúde (SIGA SAÚDE)	Não executado	Não executado	Aquisição vetada pelo grupo técnico da Secretaria de Planejamento (SEPLAN).
Implantar sistema de apoio à decisão-identificação das fontes de informação e unificação na base de dados de inteligência de negócios	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Aguardando licitação.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Implantar sistema de gestão hospitalar	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Não disponibilizado o gerenciador de banco de dados do DATASUS e sem contrato para cobertura de serviços de Rede Lógica e Elétrica.
Implantar mensageira eletrônica	Alcançada	Alcançada	Sistema em funcionamento.
Contratar e implantar o sistema DATA-CENTER	Não executado	Não executado	Procedimento cancelado, devido a inviabilidade financeira.
Expandir a melhoria de infraestrutura da rede lógica de dados	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Sem cobertura de Contrato para manutenção.

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

Estratégias e Metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Formular, implementar e avaliar o plano de desenvolvimento institucional da ESAP, incluindo o regimento interno.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Instituição da Câmara Técnica de Formação e Educação Permanente em Saúde, visando implantar o plano de desenvolvimento institucional da ESAP
Formar e capacitar 40.000 profissionais do setor saúde do estado e dos municípios	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Realização de cursos, capacitações, qualificações, especializações, mestrado para profissionais de saúde: 50% dos cursos foram concluídos e o restante aguarda resolução de problemas como a elaboração de projetos, falta de financiamento e rotatividade de profissionais nos municípios.

Estratégias e Metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
	Alcançada	Parcialmente alcançada	Atividades realizadas na SVISA: (2005) Foram realizados 72 eventos com 2.465 participantes. (2006) Foram realizados 16 eventos com 1.269 participantes. O desenvolvimento do Programa de Capacitação de RH em VISA transcorrerá até dez/2006.
Desenvolver e implantar banco de dados de qualificação profissional.	Alcançada	Alcançada	(2005) Desenvolvimento, implantação e alimentação do Módulo de recursos humanos do SINAVISA. (banco de dados implantado). (2006) Alimentação periódica do Módulo de RH do SINAVISA.
	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	O Sistema encontra-se em desenvolvimento pela AGANP e receberá o nome de RH-NET. Tem como objetivo consolidar informações sobre a vida profissional dos servidores, como: Títulos, idiomas falados, tempo de serviço, etc.
Realizar 4ª edição do projeto estratégico “Goiás fazendo saúde”.	Alcançada	Não executada	- Em 2005 realizada a 3ª edição. - Em virtude do processo de mudanças na equipe diretiva do Gabinete do Secretário de Saúde – setor responsável pela realização deste evento não foi possível realizar a 4ª edição em 2006.
Formular, implementar e avaliar o plano de formação e educação permanente para o SUS estadual.	Não executada	Parcialmente alcançada	Foi realizada a formação de facilitadores em educação permanente, mas houve evasão destes facilitadores ao longo do processo.
Implementar estratégias de Educação à Distância – EAD.	Não executada	Parcialmente alcançada	Curso interrompido por problemas técnicos com a plataforma da UFG (responsável pelo curso). Processo será reiniciado no

Estratégias e Metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
			mês de outubro e concluído em novembro/06.
Criar biblioteca virtual.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Projeto finalizado, aguardando financiamento.

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

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Controlar e acompanhar o cumprimento da emenda constitucional no SUS.	Alcançada	Alcançada	Processo contínuo de acompanhamento juntamente com a SEFAZ. Foram realizadas as seguintes atividades: - Composição do Núcleo Estadual do SIOPS por meio de Portaria; - Elaboração da proposta orçamentária de acordo com a EC29.
Compatibilizar o PPA 2004-2007 COM O Plano Estadual de Saúde	Alcançada	Alcançada	Elaboração do Plano Estadual de Saúde 2004 – 2007 em consonância com o PPA 2004-2007; Participação na implantação e implementação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) em parceria com representantes das 3 esferas de gestão do país, sob a coordenação o Ministério da Saúde, tendo como uma das diretrizes a integração do PPA aos Plano de Saúde.
Elaborar um plano de modernização da gestão orçamentária e financeira	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	O plano não foi elaborado, mas foi implantado o SIOFNET – no intuito de fazer alguns ajustes para atender os dados necessários de armazenamento das informações, visando atender as exigências do controle interno e as ações básicas da legalidade, tanto no plano de organograma como no plano jurídico.

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Integrar um sistema entre todas as superintendências e entidades externas ao processo de gestão orçamentária e financeira	Não executada	Não executada	Aguardando a Coordenação de Informática/SES criar um sistema específico para a implantação e integração entre as Superintendências.
	Alcançada	Alcançada	(2005 e 2006) Utilização do SIGEPLAN, por intermédio de assessoria a todas as áreas técnicas da SES para alimentação das atividades realizadas, juntamente com o monitoramento das obras cadastradas neste sistema. (2006) O SIGEPLAN foi integrado ao SIOF, promovendo maior fortalecimento desta ferramenta gerencial.
Buscar captação de novos recursos.	Não executada	Não executada	Não houve atividades para responder a esta estratégia.
Estabelecer um plano orçamentário para sustentar as ações definidas no planejamento estratégicos/SES-GO	Não executada	Não executada	Não houve atividades para responder a esta estratégia.
Definir mecanismos de repasse de recursos financeiros provenientes da arrecadação própria para as regionais de saúde.	Não executada	Parcialmente alcançada	Após decisão do Colegiado de Gestão o Secretário determinou o repasse de recursos financeiros para as Regionais de Saúde.
Efetivar o convênio fundo protege (fundo de proteção social de Goiás)	Não executada	Parcialmente alcançada	Não foi efetivado todo o plano de ação. Somente as unidades do Ambulatório 24 hs fizeram os seus respectivos planos na área de farmácia básica, Kit-Sanitário e Medicamentos de Alto Custo.
Eliminar o passivo financeiro da secretaria de estado da saúde, ordem de 80 milhões de reais.	Não alcançada	Não alcançada	Iniciou-se o estabelecimento de metas, referente ao planejamento estratégico, bem como estudos de propostas de parceria entre os municípios e as regionais em relação aos repasses, sendo que os valores a ser recebido pela SES, estão em atraso por parte da SEFAZ, além de

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
			estarem inferiores ao acordado pela SES e SEFAZ.
Definir o cumprimento de um fluxo regular de recursos mensais para a SES-GO	Não alcançada	Não alcançada	Aguardando deliberação da SEFAZ e da SEPLAN para o cumprimento das metas estabelecidas pela SES, no tocante aos recursos necessários para o bom desempenho das unidades.
	Alcançada	Alcançada	Foi feita a solicitação de crédito suplementar à SEPLAN para adequação das despesas de acordo com as necessidades demandadas.

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

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Instituir mecanismo de participação dos usuários no planejamento, programação, monitoramento e avaliação do sistema de saúde.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	A atuação da auditoria garantiu a participação dos usuários no acompanhamento da gestão municipal.
	Parcialmente alcançada	Não alcançada	Foram realizados seminários voltados à participação do usuário, mas foram identificados problemas como: - Evasão de vários inscritos e desinteresse de alguns servidores. - Falha na comunicação, divulgação, alterações de datas consecutivas e desinteresse na participação. - Em 2006 a Gerencia da Qualidade assumiu a continuidade, porem não houve demanda para capacitação.
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	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	O Projeto Serviço de Proteção dos Usuários do SUS - SERPRU, que integra o convênio de cooperação técnica Goiás/Québec, encontra-se em fase de

Estratégias e metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
planejamento e na tomada de decisão.			implementação.
Instituir políticas de proteção ao usuário	Não executada	Parcialmente alcançada	(2006) Projeto no MS solicitando recursos para instituir política de proteção ao usuário, elaborado pelos alunos do curso de aperfeiçoamento de projetos de investimento em saúde.

6.1. CONTEXTUALIZAÇÃO - GESTÃO EM SAÚDE

A proposição de desenhos da atenção à saúde de forma descentralizada, usando a estratégia da regionalização, por meio da organização do estado em regiões, microrregiões e módulos assistenciais proporciona à regionalização da assistência maior eficácia, eficiência e equidade ao sistema através de maior racionalização no uso dos serviços de saúde. Neste contexto, o Estado passa a ter um papel essencial de coordenador do processo de negociação, pactuação no SUS estadual.

A Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO) ao posicionar-se frente ao processo de descentralização da saúde modificou a sua organização, visando modernizar a gestão; direcionar seus projetos institucionais; adequar sua estrutura e reorganizar seu processo de trabalho para o desempenho de suas novas funções, propostas pelo SUS.

Neste contexto a qualificação da gestão do SUS passa a ser uma estratégia imprescindível e várias foram as ações voltadas para esta direção. A Escola de Saúde Pública de Goiás (ESAP), com apoio de técnicos das outras Superintendências/SES, realizou várias atividades como um curso de capacitação para gestores municipais e profissionais das regionais de saúde. Foi planejado capacitar todos os 246 gestores municipais de saúde e 90 técnicos das regionais de saúde. No ano de 2005, o curso contou com 213 gestores municipais, sendo 142 com certificação (75% de frequência) e 71 receberam declaração por apresentar frequência menor que 75%. Dos 134 técnicos das regionais de saúde, 112 recebeu certificação e 22 a declaração. Em 2006 foi oferecido o módulo sistemas de informação, onde 40 gestores municipais e 10 profissionais das regionais de saúde foram capacitados.

O Centro de Educação Profissional de Saúde do estado de Goiás/ESAP tem como objetivo, entre outros, promover a educação profissional na área da saúde, nos níveis de formação inicial e continuada de trabalhadores, técnico e tecnológico. No ano de 2005 foram concluídos os seguintes cursos: qualificação de auxiliar de enfermagem (632 profissionais qualificados); qualificação de auxiliar de consultório dentário – ACD (31 profissionais qualificados); complementação de estudos do auxiliar de consultório dentário para técnico em higiene dental – THD (36 profissionais qualificados); capacitação de reeditores em competências familiares – projeto família brasileira fortalecida (29 reeditores capacitados); capacitação pedagógica para instrutores e supervisores da

área da saúde (212 profissionais capacitados); oficina pedagógica de avaliação (14 profissionais capacitados).

Para o ano de 2006 a ESAP programou e executou as seguintes atividades, conforme as metas alcançadas: capacitação pedagógica para instrutores/supervisores da área da saúde (80% e 100%); oficina de planejamento do curso de habilitação técnica de Agente Comunitário de Saúde (80% e 100%); curso de habilitação técnica do Agente Comunitário de Saúde (7,2%); curso técnico de enfermagem (3,2%); curso de capacitação para cuidadores de idosos (100%). O desenvolvimento destas atividades não foi totalmente alcançado devido a problemas como; rotatividade de profissionais nos municípios, devido à precariedade do vínculo empregatício; indefinição de cronograma de início de turmas para desencadear restante das capacitações; atrasos na tramitação dos processos de confecção de apostilas, materiais de expediente e contratação de docentes e supervisores; e falta de recursos via Pólo de Educação Permanente. Outras atividades programadas não foram executadas principalmente pela fase de elaboração dos projetos e pela indefinição dos recursos financeiros.

A implantação dos Pólos de Educação Permanente teve como principal ação a formação de facilitadores em educação permanente, cuja meta era de formar no período de 2005 a 2006, 40 facilitadores. Em virtude da evasão dos facilitadores no decorrer do processo, obteve-se como resultado a formação de 80% destes facilitadores, totalizando 32 participações. Foram realizados, também, cursos de especializações na área da saúde e um curso de mestrado profissionalizante na área da saúde coletiva para 15 profissionais da saúde em parceria com a SES e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade da Bahia (ISC/UFBA). Quanto à estratégia de implementação de Educação a Distancia (EAD), a meta era de capacitar 100 multiplicadores em EAD. Foram inscritos 143 profissionais do SUS, mas o curso foi interrompido temporariamente por problemas com a Universidade Federal de Goiás que é a entidade responsável.

A Superintendência de Planejamento (SPLAN), juntamente com outras áreas da SES assumiram o desafio de implementar a descentralização do SUS estadual, tendo como uma das principais funções o fortalecimento das Regionais de Saúde (RS). Para atender a estas expectativas encontra-se em fase de execução o Projeto de Fortalecimento das Regionais de Saúde, visando o favorecimento do desenvolvimento das suas funções gerenciais. Foram realizadas as seguintes atividades: definição das atribuições das macrofunções gerenciais estrutura organizacional das RS; definição do plano de estruturação; foi instituído o Colegiado Regional de Gestão; implantado o sistema de monitoramento e avaliação das ações das RS; e realizado o melhoramento da capacidade

gerencial e de gestão dos seus dirigentes. Atividades em implantação: definição da composição e capacitação das equipes de trabalho das RS; e a garantia da regularidade e suficiência dos recursos materiais e financeiros para as RS.

Falta, ainda, a organização dos processos de trabalho comuns a todas RS; instituir o Fórum de Integração Técnico Operacional das RS; instituir as Comissões Intergestores Bipartite Regionais; e estabelecer mecanismo de comunicação social nas RS. As maiores dificuldades encontradas para a total execução deste projeto dizem respeito a: não foram realizadas, pela ESAP, as capacitações para definição dos processos de trabalho (elaboração de manual de protocolo); escassez de financiamento para organização da infra-estrutura; e a ausência de uma política para implantação das CIBs Regionais em virtude do tempo para finalização das outras atividades.

A Programação Pactuada Integrada da Assistência (PPI), coordenada pela SPLAN, é um processo instituído no SUS, onde em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada município. Desenvolveu atividades como o pacto intergestores para garantir acesso da população aos serviços de saúde. Aprovou no final do exercício de 2005 uma nova pactuação, ainda em vigor. Foram realizadas várias reuniões entre o grupo de estudo da PPI para revisão dos parâmetros para macroalocação, além da definição de uma nova programação da PPI, que está em andamento para aplicação. Para a consolidação deste processo foram realizados treinamentos, no mês de abril de 2006, divididos em três grupos (2 grupos de regionais e 1 grupo de técnicos do COSEMS) onde foi apresentado a todos a nova versão do SisPPI devidamente macroalocada de acordo com os parâmetros aprovados na CIB. Este treinamento tinha por objetivo capacitar os técnicos envolvidos quanto à programação da assistência e operacionalização do sistema, delegando assim, maior responsabilidade às regionais as quais têm como competência o treinamento, a orientação, o recebimento das programações dos municípios de sua região, além da consolidação das bases regionais para envio à SES/GO.

Dentre as atividades da Superintendência de Controle e Avaliação Técnica em Saúde (SCATS) foram realizadas ações de fortalecimento das regionais de saúde, por meio de capacitações aos técnicos para o processamento do SIA e SIH; realização de seminários e orientações aos municípios e regionais de saúde para o cadastramento de usuários no Cartão SUS; e nomeação de auditores para 14 regionais de saúde.

O Pacto pela Saúde, uma das mais importantes atividades que se configura atualmente no cenário do sistema de saúde pública, foi aprovado pelos gestores do SUS, na reunião da Comissão

Intergestores Tripartite em 26 de janeiro de 2006 e operacionalizado pela Portaria GM/MS nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006. Em Goiás, a sua implantação vem sendo tratada como prioridade e, portanto, foram promovidos vários espaços para discussão, divulgação e proposição de estratégias de implementação. De março a outubro de 2006, foram realizadas 2 grandes oficinas internas na SES/GO para divulgar o conteúdo do Pacto às equipes técnicas e 3 oficinas destinadas aos integrantes das Câmaras Técnicas da CIB, de forma a instrumentalizá-las para promoverem o apoio técnico às Regionais e municípios. Em novembro 5 oficinas Macrorregionais foram realizadas em conjunto com o COSEMS E CES (Goiânia, Anápolis, Luziânia, Caldas Novas e Jataí), envolvendo todos os municípios do estado. Nestas oficinas, além da divulgação do Pacto, foram realizados exercícios para a elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal e criados núcleos para a estruturação dos Colegiados de Gestão Regional.

Com relação ao Termo de Compromisso Estadual, as Câmaras Técnicas da CIB se reuniram e elaboraram planilhas e cronograma de execução das ações, nas suas respectivas áreas. A assinatura do Termo pelo gestor estadual se dará no início de 2007, após apreciação do Conselho Estadual e aprovação pela CIB. A implantação Pacto pela Saúde 2006 em Goiás, indubitavelmente, trará mudanças substanciais para a execução do SUS no estado, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas, em busca da equidade social.

A Vigilância Sanitária no âmbito do SUS em Goiás, sob a responsabilidade da Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental (SVISA), propôs aos municípios a pactuação para o cumprimento de metas em seu campo de ação, com o objetivo fomentar a estruturação, o desenvolvimento e consolidar a descentralização. Para isso, foram realizadas reuniões com a presença de gestores municipais de saúde, gerentes das Regionais de Saúde e coordenadores municipais de VISA.

Observando-se os critérios de capacidade instalada e número de estabelecimentos em funcionamento em cada município, além da condição de habilitação e a estrutura de funcionamento do Sistema Municipal de Vigilância Sanitária, a pactuação formalizou-se por meio da celebração de Termos de Adesão, com a previsão de repasse de recursos financeiros para o custeio das ações de vigilância sanitária, com o objetivo de imprimir maior eficácia, eficiência ao sistema através da racionalização dos recursos.

Cumprindo o preceito legal, a SVISA capacitou em 2005, fiscais e coordenadores municipais, oferecendo Curso Introdutório de Ações Básicas em VISA e o Curso de Atualização de Gerência em VISA, sendo 05 turmas do primeiro, com 204 alunos representando 169 municípios e 02 no segundo curso, com a participação de 29 coordenadores de VISA representando 21 municípios. E ainda, como estratégia de descentralização, foi desenvolvida o projeto de sensibilização de gestores municipais para a descentralização das ações de VISA sendo realizadas 15 reuniões regionais com a presença de 219 municípios e 1.162 participantes.

Em 2006, a construção do Plano Diretor de Vigilância Sanitária teve como propósito à definição de diretrizes estratégicas que possibilitariam a construção de um instrumento de eleição de prioridades em VISA, com o objetivo de oferecer maior visibilidade e incremento de poder de suas ações integradas aos instrumentos de pactuação, repasse financeiro e planejamento já existente no âmbito do SUS com a PPI, o Pacto de Gestão e o Termo Ajuste de Metas (TAM); além de subsidiar o processo de elaboração dos planos de ação de vigilância sanitária, nos níveis municipal e estadual, para o biênio 2006/2007. O resultado dos trabalhos foi consolidado em um relatório apresentado e as propostas aprovadas pelo COSEMS e a CIB, e disponibilizado para todos os 246 municípios goianos.

Na perspectiva de contribuir com o processo de qualificação da saúde em Goiás, torna-se imprescindível criar mecanismos de monitoramento e avaliação em saúde para subsidiar o planejamento das ações. Para o alcance desta estratégia foi criada em 2005 a Câmara Técnica de Avaliação, coordenada pela SCATS, com representantes de todas as Superintendências, cujo objetivo principal é de institucionalizar a avaliação nas práticas dos profissionais de saúde. Foram desenvolvidas as seguintes atividades: reuniões mensais ordinárias; elaboração de instrumento de avaliação das regionais de saúde; Seminário de Monitoramento e Avaliação (40hs.); Seminários de Capacitação para Aplicação do PNASS - Programa de Avaliação dos Serviços de Saúde; Seminário de capacitação para auto avaliação através da AMQ - Avaliação da Melhoria da Qualidade da estratégia Saúde da Família com duração de 16 horas para as regionais e municípios acima de 80 mil habitantes; Seminário para Avaliação do PSF; elaboração de um instrumento de avaliação das equipes de PSF na região metropolitana de Goiânia; Seminário com orientadora da USP para apresentação e discussão do instrumento de avaliação do PSF; Oficina de Avaliação de Sistemas de Saúde (40 hs); e organização de 03 grupos de trabalho para desenvolver projetos da agenda de fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP).

O monitoramento do Planejamento Estratégico da SES/GO, coordenado pela Superintendência Executiva, que está relacionado, sobretudo, às ações de caráter institucional, continua sendo avaliado continuamente. Quanto às ações realizadas em 2005, obtiveram os seguintes resultados: 50% estão em andamento, 14% concluídas, 21% sem prosseguimento e 15%, ainda, não foram iniciadas. As ações referentes ao exercício de 2006, ainda não foram consolidadas.

No período de 2005 e 2006 as Câmaras Técnicas de Assessoramento à Comissão Intergestora Bipartite (CIB), coordenadas pela SPLAN, com a finalidade de conduzir o processo de municipalização e descentralização das ações e serviços de saúde, continuou com o apoio aos processos de habilitações e adequações de municípios nas condições de gestão, preconizadas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS-01/02. No estado de Goiás 21 municípios habilitaram em Gestão Plena do Sistema Municipal. Destes, 09 se adequaram aos novos requisitos e 06 se habilitaram conforme a NOAS-01/02. Quanto à condição de habilitação em Gestão Plena da Atenção Ampliada (PABA) foi concluído processo de 32 municípios. Este processo está interrompido devido ao estabelecimento do Pacto pela Saúde desde março de 2006.

O processo de descentralização da saúde no Estado contribuiu com o provimento de infraestrutura em diversas áreas e várias localidades. Nesse sentido a SPLAN contribuiu com o apoio a apresentação de pré-projetos para celebração de convênios com o MS. No período de 2005 e 2006 foram apresentados projetos para construção, reforma e ampliação, aquisição de equipamentos, veículos e materiais para treinamentos e capacitações. Dentre as obras e serviços executados podemos citar: Obras executadas: construção do mezanino da informática; reforma da Creche Cantinho Feliz; reforma geral do HMI; construção e instalação do necrotério e câmara fria do HMI; reforma do pronto atendimento e UTI do MAPE/HUGO; manutenção e reparo da bomba a vácuo e instalações elétricas do HUGO; reforma na recepção e conclusão da UCI da MNSL; construção do galpão da rede de frios e do galpão da UVB/SPAIS. Existem 75 processos aguardando autorização para execução de obras e serviços que foram solicitados pelas diversas unidades da SES. As regionais de Saúde aguardam autorização para obras e serviços em 09 processos. As unidades esperam pela autorização para obras e serviços em 14 processos.

Como incentivo para o desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária pelos municípios, e o fortalecimento dos serviços já existentes nas Regionais de Saúde foram entregues pela SVISA, 30 (trinta) veículos 0 km, adquiridos com recursos do TAM. Está em tramitação na SES o processo de aquisição de 30 (trinta) motocicletas, destinadas aos serviços de vigilância sanitária municipais, porém, ainda não foi atendida a demanda por veículos.

A modernização funcional e institucional da SES foi implantada por meio da identificação de tecnologias em saúde e implantação de sistemas informatizados para o desenvolvimento de processos e fluxos de gestão compatíveis com as demandas do sistema de saúde pública atual. Para isto podemos citar realizações como o sistema de gerenciamento hospitalar (Hospub) que foi implantado, inicialmente, na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL), não sendo possível a implantação nas demais unidades, por falta de disponibilização do gerenciador de banco de dados do Datasus. Os sistemas de controle de material (Simate) e o patrimonial (Sepnet) foram implantados em 100% das unidades; o de controle de equipamentos (Help Desk) está funcionando em apenas 20% das unidades por falta de recursos humanos para a conclusão da implantação. O sistema de Dispensação em Farmácias encontra-se em desenvolvimento (70 % concluído) e em teste na Central de Medicamentos de Alto Custo. Os sistemas utilizados na licitação como o Pregão Presencial, consolidado como modalidade de licitação pela SES, com mais de 95% dos procedimentos de aquisição e, agora, nas modalidades Pregão Eletrônico e Registro de Preços, o que resulta em maior agilidade e economia nos procedimentos de compras e abastecimento.

Novas tecnologias em saúde, especialmente, na área do Programa da Qualidade de Goiás e do Programa Humanizadas, foram aplicadas na SES para um melhor atendimento das unidades, tais como: Posso Ajudar? Cultura, Bem Viver, e o Acolhimento com Classificação de Risco, implantado na MNSL e no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), em fase de implantação nas demais unidades. O processo de Certificação ISO está em fase de implantação no Laboratório de Saúde Pública (LACEN), Hospital de Medicina Alternativa (HMA) e Hospital de Doenças Tropicais (HDT).

Em 1999 a SVISA aderiu ao Programa de Qualidade Goiás, como um novo modelo de gestão pública focado em resultados e orientada para o cidadão. Tendo como principal objetivo a melhoria no relacionamento com o usuário (setor regulado) e a sociedade. Os resultados das ações são avaliados anualmente pela Secretaria de Planejamento de Goiás (SEPLAN). Por meio deste programa a SVISA foi premiada em 2005 com o Prêmio Turmalina na qualidade de Menção Honrosa, e em 2006, com a evolução nos critérios avaliados a SVISA recebeu o Troféu Turmalina, correspondente ao 3º lugar geral.

A busca de alternativas frente aos problemas relacionados ao processo de sustentação financeira para apoiar as atividades definidas pela SES nos seus planos de ação, se dá na medida em que o gestor se propõe a rever, criar, desenvolver e implantar novas práticas de trabalho voltadas

para a modernização da gestão orçamentária, administrativa e financeira no intuito de desenvolver e implantar novos mecanismos de controle e gestão.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) está disponibilizado na Internet, sendo um banco de dados alimentado pelos Estados, Distrito Federal e pelos Municípios, por meio do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo Datasus/MS, tem por objetivo acompanhar as receitas totais e os gastos públicos com ações e serviços de saúde, no tocante à aplicação mínima de recursos próprios em gastos com ações e serviços públicos de saúde, de acordo com o estabelecido pela Emenda Constitucional nº. 29 (EC29), de 13 de setembro de 2000.

Foi criado pela SES o Núcleo Estadual de Apoio ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sob a Coordenação da SPLAN, formalizado por Portaria/GAB/SES, com objetivo de dar suporte técnico aos municípios, para o preenchimento e transmissão dos dados orçamentários e financeiros do SIOPS, em consonância com a Emenda Constitucional nº. 29/2000. Para isto, foram utilizadas diversas estratégias de convencimento aos Municípios para atenderem as exigências de alimentação regular do SIOPS. O grupo executivo que é composto por representantes da SES, COSEMS e DATASUS realiza reuniões bimestrais, sendo as mesmas formalizadas através de atas.

A consulta á página da internet para a análise de municípios que transmitiram ou não os dados ao SIOPS é feita semanalmente pela coordenação do Núcleo e representante do DATASUS que se reúnem para estabelecer estratégias de contatos com Municípios inadimplentes. Ainda, com o objetivo de efetivar as atividades do SIOPS, em 2006, três Oficinas em Brasília e 1 Treinamento no Rio de Janeiro na sede do DATASUS, inclusive nesta última Oficina, nos dias 7 e 8 de dezembro, foram apresentados os balanços anuais dos Estados pelo qual, este ano Goiás teve um crescimento de 11% nas alimentações, podemos dizer que o trabalho do Núcleo está contribuindo muito para com este Sistema de Informação em Saúde, sendo que vem aplicando na medida do possível o Planejamento Mínimo de 2006 acordados por todos os Núcleos juntamente com o Núcleo Nacional. Atualmente, dos 246 municípios goianos, 154 encontram-se regularizados e 92 ainda não transmitiram as devidas informações. Para o prosseguimento das atividades foi proposto vincular o SIOPS às exigências do Pacto de Gestão com deliberação nas reuniões da CIB e parcerias com as Regionais de Saúde, ou seja, a possibilidade de nomear um sub-coordenador do SIOPS, inclusive já se iniciou a discussão com os Gerente das Regionais de Saúde.

O plano de modernização orçamentária e financeira, ainda não foi elaborado, mas foi implantado o Sistema Orçamentário e Financeiro (SIOFNET), no intuito de fazer alguns ajustes para atender os dados necessários de armazenamento das informações, visando suprir as exigências do controle interno e as ações básicas da legalidade, tanto no plano de organograma como no plano jurídico.

A implantação da modernização orçamentária e financeira da SES, ainda tem encontrado grandes obstáculos para sua implementação. Pode-se citar o acompanhamento da EC29 que tem demonstrado o não cumprimento desta medida pelo governo estadual em função da falta de liberação de recurso orçamentário pela SEPLAN. Outro problema diz respeito aos mecanismos de repasse de recursos financeiros provenientes da arrecadação própria para as regionais de saúde que estão em atraso por parte da SEFAZ, pois, os valores estão inferiores ao acordado entre a SES e a SEFAZ. Quanto à eliminação do passivo financeiro da SES, na ordem de R\$ 80.000.000,00 (Oitenta milhões de reais), foram repassado pela SES vários relatórios sobre a situação financeira e as negociações junto aos fornecedores para a quitação dos mesmos, mas ainda falta receita para normalização.

Para subsidiar o Governo do Estado na elaboração do PPA 2004-2007, foi criado o Sistema Gerencial de Planejamento (SIGEPLAN), como ferramenta gerencial indispensável para oferecer informações das atividades realizadas e os valores despendidos. Durante todo o exercício de 2005 e 2006, sob coordenação da SPLAN, foram realizadas assessorias às áreas técnicas da SES para alimentação do SIGEPLAN. Em 2006, com a integração deste sistema ao SIOFI esta ferramenta gerencial se fortaleceu, porém ainda encontra muita dificuldade na alimentação de seus dados devido à dificuldade orçamentária de remanejar recursos.

O projeto Goiás Fazendo Saúde tem como objetivo divulgar as iniciativas e alternativas inovadoras, dando maior visibilidade aos serviços de saúde executados pelo estado de Goiás e promover debates sobre os mais recentes avanços e tecnologias produzidas pela saúde pública no Estado. O foco da edição 2005 foi destacar a importância do investimento na qualificação de recursos humanos para o SUS. Quinze dissertações do mestrado profissionalizante, na área da saúde coletiva foram apresentadas pelos seus respectivos autores.

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SESGO desenvolve, em parceria com a Agencia de Saúde e Serviços Sociais do Outaouais – Québec – Canadá um projeto de Apoio à Regionalização da Saúde. O projeto conta com uma contribuição de 2,4 milhões de dólares

canadenses da Agencia Canadense de Desenvolvimento Internacional – ACIDI. A contrapartida da SESGO não é financeira. É feita através da utilização dos espaços físicos e infra-estrutura e da cessão de gestores e funcionários envolvidos nas diferentes vertentes do projeto. Sua execução está prevista para encerrar-se no final de 2007.

O objetivo principal do projeto é melhorar a equidade no acesso aos serviços de saúde e aumentar a qualidade, através da implantação de uma autêntica rede de serviços de saúde, oferecidos ao nível local (municipal) e regional. Suas ações estão distribuídas por todas as superintendências envolvendo equipes brasileiras e quebequenses de várias instituições parceiras. A implantação dos objetos de transferência identificados foi acordada para quatro regiões de saúde, de Pireneus, Nordeste, Entorno Norte e Entorno Sul chamadas de “Regiões Escolas”.

Dentre os oitos subprojetos identificados alguns encontram em fase de implantação mais avançada por terem iniciado no ano de 2005, outros foram reestruturados ao longo do processo, sendo que, todos estão em fase de execução, como se seguem:

Retrato de Saúde: identificação de um conjunto de indicadores de determinantes e situação de saúde, validação e coleta de dados nos sistemas de informação. Elaboração dos retratos de saúde das 4 regiões escola para apresentação aos gestores e ao público em geral.

Sistema de Vigilância de Intoxicações por Agrotóxicos: desenvolvimento de um projeto informatizado de registro e análise de intoxicações por agrotóxicos nas 4 regiões escola, a partir da metodologia quebequense de gestão da Febre do Nilo Ocidental. Adaptação do sistema às nossas necessidades e inicio da sua utilização em caráter experimental.

Alocação de Recursos: visita de gestores da SESGO a Agencia Regional do *Outaouais* e ao Ministério da Saúde e Serviços Sociais do Québec para conhecer as ferramentas para medição de necessidades da população e a alocação de recursos em bases populacionais. Identificação das fontes de informação adequadas no Brasil.

Equidade de Gênero: visita ao Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais e a Universidade do Québec para receber formação em Análise Diferenciada segundo Sexo (ADS) como ferramenta de contribuição para definição de políticas e programas de saúde e estratégias para implantação em processos de capacitações e qualificações.

Perfis de Competências: visita do superintendente da ESAP à Universidade *Laval*, à Escola Nacional de Administração Pública do Québec e ao Ministério de Saúde e Serviços Sociais para conhecer o sistema de formação e de gestão de recursos humanos. Identificação da Gestão por Perfis de Competências e a Formação por Micro programas como objetos preferenciais de transferência.

Planejamento e Programação de Mão-de-obra: visita do superintendente da ESAP à Universidade *Laval*, à Escola Nacional de Administração Pública do Québec e ao Ministério de Saúde e Serviços Sociais para conhecer o sistema de formação e de gestão de recursos humanos. o Sistema de Planejamento e Gestão de Mão de Obra e a Formação por Micro programas como objetos preferenciais de transferência

Avaliação do Desempenho do Sistema de Urgências: realizada capacitação inicial de técnicos das SES no nível central e das regionais. Em execução a próxima fase de adaptação pela Universidade de Montreal.

Serviço de Proteção aos Usuários: visita da responsável pela Assessoria de Projetos Estratégicos ao Serviço de Proteção dos Direitos dos Usuários nos níveis local, regional e provincial. Adaptação do Serviço às necessidades das 4 regiões escola e rodadas de sensibilização dos gestores municipais, regionais e do nível central da SESGO.

Tendo em vista que as necessidades de saúde e a capacidade de resposta dos sistemas locais de atenção não são homogêneas no Estado e deve estar integrado a participação efetiva do controle social e de participação popular, a SES procura adotar mecanismos que facilitem esta integração, com o objetivo de garantir as disposições constitucionais, equidade de acesso e integralidade no cuidado oferecido pelo sistema de saúde. Para isto, a SCATS realizou auditorias de gestão no intuito de avaliar os Conselhos Municipais de Saúde em todos os municípios auditados. Estes municípios receberam apoio técnico para o cumprimento da Lei Federal nº 8.142/90 e a respectiva Lei municipal de criação do Conselho Municipal de Saúde. Outra ação nesta área, trata-se do Serviço de Proteção aos usuários do SUS em Goiás (Serpru), citado anteriormente, que se configura como uma importante ação, na medida em que tem como objetivo a participação direta dos cidadãos, por intermédio de suas manifestações (sugestões, insatisfações), no processo de aprimoramento dos serviços de saúde, de modo a subsidiar os gestores no processo de planejamento e na tomada de decisão.

7. 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 e Metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Implantar a nova estrutura organizacional e os processos de trabalho em vigilância ambiental	Alcançada	Alcançada	Foi instituída uma nova estrutura organizacional, sendo criadas Coordenadorias específicas e introduzidos novos processos de trabalho.
Implantar o projeto de educação sanitária e ambiental na escola em 05 escolas públicas.	Alcançada	Alcançada	Projeto de educação sanitária foi absorvido em 2004 pela ANVISA que o estenderá para o país. Goiás foi inserido no projeto EDUCANVISA - Projeto de educação em VISA com enfoque na propaganda e no uso racional de medicamentos da ANVISA.
Promover a capacitação de 550 conselheiros municipais em vigilância sanitária e ambiental	Alcançada	Alcançada	(2005) - Participação no processo de capacitação de gestores no Módulo Atenção Básica com 308 participantes. - Sensibilização de Gestores para a descentralização das ações de VISA com 1.162 participantes. (2006) - Construção do Plano Diretor de Vigilância Sanitária: realizadas 05 oficinas de trabalho nas macrorregiões com 526 participantes.
Elaborar, imprimir e distribuir material educativo sobre vigilância sanitária e ambiental para a população do estado.	Alcançada	Alcançada	Elaboração e distribuição de material educativo em vigilância sanitária sobre: merenda escolar, saneantes, água, resíduos sólidos, estabelecimentos de saúde, caramujo africano, saúde do trabalhador e intoxicações em geral.

Estratégias e Metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Promover a 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.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	Execução de projetos educacionais em parceria com: Ministério Público Estadual, Faculdade de Nutrição da UFG, AGETUR, SEBRAE, LACEN SPAIS/SES, ANVISA, AGRODEFESA, Agência Ambiental e VISA de Goiânia

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 e Metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Inspeccionar produtos e serviços sujeitos ao regime de vigilância sanitária	Alcançada	Alcançada	Processo contínuo de fiscalização sanitária de produtos, serviços, saneamento, saúde do trabalhador. Foram realizadas: (2005) - Fiscalização Sanitária de Produtos: 369 fiscalizações - Fiscalização Sanitária de Serviços: 451 fiscalizações - Fiscalização Sanitária em Saneamento e Saúde do Trabalhador: 196 fiscalizações (2006) - Fiscalização Sanitária de Produtos: 252 fiscalizações - Fiscalização Sanitária de Serviços: 189 fiscalizações - Fiscalização Sanitária em Saneamento e Saúde do Trabalhador: 190 fiscalizações.
Fortalecer a prevenção de riscos sanitários com o aumento das fiscalizações sanitárias	Alcançada	Alcançada	Atividades realizadas em 2005 e 2006: - Distribuição sistemática de soros antipeçonhentos: 10.429 e 7.781;

Estratégias e Metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
			<ul style="list-style-type: none"> - Número de denúncias do “150”: 410 e 459 - Número de intoxicações notificadas: 5.551 e 1.617; - Notificação de casos de acidentes com animais peçonhentos: 2.602 e 889; - (2005) Boas Práticas de manipulação para micro e pequenas empresas de alimentação da cidade de Goiás, Pirenópolis e Caldas Novas: 186 participantes. - (2006) Curso de Atualização em Toxicologia: 70 participantes
Apoiar os 246 municípios na implantação das ações de vigilância sanitária.	Alcançada	Alcançada	Apoio técnico, assessoria e capacitação permanente aos municípios e as ARS estimulando a descentralização das ações e o desenvolvimento dos sistemas municipais de VISA.
Monitorar os efeitos do Césio 137.	Parcialmente alcançada	Parcialmente alcançada	A Suleide presta atendimento de acordo com a demanda, mas sofre com infra-estrutura inadequada para abrigar junta médica e, ainda, o acúmulo de mais de 500 processos administrativos e outros judiciais.

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

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

Estratégias e Metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Desenvolver pesquisas de inovação metodológica e técnica-científica em saúde.	Não alcançado	Não alcançado	A Suleide encaminhou a SECTEC/MS projetos na área de construção de novos conhecimentos científicos e novas tecnologias, todos foram aprovados e aguardam a contrapartida estadual.

7.1. CONTEXTUALIZAÇÃO – SETOR SAÚDE

Os sistemas de vigilância ambiental em saúde devem priorizar a informação no campo da vigilância ambiental, de fatores biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios, animais peçonhentos), qualidade da água para consumo humano, contaminantes ambientais químicos e físicos que possam interferir na qualidade da água, ar e solo, e os riscos decorrentes de desastres naturais e de acidentes com produtos perigosos. 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.

O Programa de Controle de Qualidade da Água (VIGI AGUA) desenvolveu a estruturação e execução das ações a água para consumo humano em Goiás, fazendo inspeções nos sistemas municipais de abastecimento de água, com elaboração de relatórios e emissão de termos de notificação, capacitação técnica para coleta de amostra e cadastramento no SISÁGUA, elaboração de relatório semestral de municípios elegíveis incluindo municípios com mais de 100.000 habitantes para o VIGIÁGUA, liberação de senhas para alimentação do SISÁGUA.

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.

Atualmente o Estado tem investido na consolidação de vigilância à saúde do trabalhador, com ênfase na descentralização dessas ações para os municípios. Foram realizadas investigações de suspeita de intoxicação por agrotóxicos nos municípios de Cromínia, Perolândia, Doverlândia e Portelândia. A área responsável pela Saúde do trabalhador participou da comissão organizadora da etapa regional da Conferência de Saúde do Trabalhador realizada em 2005 em Goiânia e do grupo de trabalho responsável pela elaboração do Protocolo de Vigilância em Saúde do Trabalhador, coordenado pelo Ministério da Saúde. Por meio da coordenação do Curso de Saneamento Ambiental para equipes dos municípios prioritários do Programa Nacional do Controle do Dengue foi possível incrementar a integração da vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica da SES e Municípios no âmbito em questão.

Dentro dos projetos realizados podem ser citados: curso de direito sanitário específico para profissionais do ramo do Direito e Promotores de Justiça; avaliação da qualidade da merenda escolar e avaliação da qualidade da comida de rua, realizado em conjunto com a Faculdade de Nutrição da UFG; boas práticas de fabricação nas indústrias engarrafadoras de água mineral realizado pela SVISA e Ministério Público; Programa de Alimento Seguro com o SEBRAE; elaboração da norma estadual relativa à comercialização de alimentos em feiras livres, realizado pela SVISA, Agrodefesa e VISA Municipal de Goiânia.

A Superintendência de Leide das Neves (Suleide) realiza o controle e monitoramento dos efeitos do acidente radioativo com o Césio-137 sobre a população de Goiás, exercendo vigilância permanente às vítimas deste acidente. No período de 2005 e 2006 foi realizado atendimento a demanda do cidadão que se sente vitimado pela exposição ao Césio-137. Apesar, da Suleide contar com infra-estrutura inadequada para abrigar a Junta Médica que foi instituída pela Portaria nº 109/05-GAB-SES-GO. Mesmo fazendo uso do seu poder discricionário (Leis Estaduais 15.071/04 e 15.244/05) a SES assumiu a tarefa relacionada a este acidente, cujo resultado somente gera ônus a SES, haja vista tratar-se de pensão federal com perícia médica estadual, constituindo uma imposição inconstitucional. Atualmente existe um acúmulo de mais de 500 processos administrativos e outros tantos judiciais.

A agenda nacional de prioridade de pesquisa em saúde tem como perspectiva subsidiar a formulação de políticas e a gestão de serviços de saúde. Esta linha de pesquisa abrange estudos de qualidade e custos dos serviços e tecnologias em saúde, bem como estudos de fatores que expliquem variações nessas dimensões. Na abordagem de qualidade são considerados os conceitos de eficácia, efetividade, eficiência, acessibilidade, equidade e adequação.

A Superintendência Leide das Neves (Suleide), tem como uma de suas competências o desenvolvimento de pesquisas de inovação metodológica e técnica-científica em saúde a elaboração das políticas de ciência, tecnologia e inovação em saúde. Nesse sentido, foi encaminhado a Secretaria Técnica do Ministério da Saúde (SECTEC/MS), 27 projetos na área de construção de novos conhecimentos científicos e novas tecnologias, os quais foram aprovados, cujos recursos já foram repassados pelo MS. Atualmente aguardam a contrapartida estadual referente às parcelas de sua responsabilidade, ou seja, 1/3, vez que o MS repassou os seus 2/3.

8. 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 e Metas	Meta 2005	Meta 2006	Situação atual/Justificativa
Elaborar plano estadual de investimento	Não executada	Não executada	Não houve atividades para responder a esta estratégia.
Implantar o Plano Diretor de Investimento – PDI/ PDR	Não executada	Não executada	Ainda não foi possível viabilizar recursos financeiros suficientes para implantação de tal plano, considerando suas proporções de investimento.

8.1. CONTEXTUALIZAÇÃO – INVESTIMENTO EM SAÚDE

A efetividade da atenção à saúde está comprometida por diversas disfunções, dentre elas a falta de critérios bem definidos para a alocação de investimentos descentralizados em saúde. Esta constatação reforça ainda mais a necessidade de se estabelecer uma política de investimento em saúde com o objetivo de elaborar projetos para o fortalecimento do sistema de saúde pública nas três esferas de gestão. Uma das questões principais que contribuem para a incapacidade de gerir recursos com eficiência e eficácia é a segmentação dos sistemas, que aumenta o nível de despesas, mas não leva a resultados satisfatórios. Diante destes fatos, os gastos em saúde precisam ser mais focalizados de acordo com as necessidades priorizadas, sempre no sentido de se obedecer aos princípios legais do SUS.

Nesta perspectiva, podemos dizer que é crucial implantar melhores políticas na área de investimento em saúde visando acelerar o progresso de consolidação do nosso sistema de saúde pública. Até o momento a SES elaborou o Plano Diretor de Investimento - PDI que integra o Plano Diretor de Regionalização – PDR com o objetivo de apoiar o processo de descentralização, tendo como estratégia a regionalização do SUS. Entretanto, esse plano ainda não conseguiu se materializar em melhorias concretas nas regiões, frente à volumosa exigência de investimentos. Com o advento da implantação do PDR, ainda em 2002, o que se esperava era a viabilização de fontes de recursos, pelo Ministério da Saúde, para esta finalidade, mas, tal processo ainda não ocorreu. O que se espera, com o novo Pacto Pela Saúde 2006, é que esta discussão seja retomada e solucionada, já que o financiamento e investimento em saúde foram colocados como eixo principal.

9. AÇÕES PRIORIZADAS ENTRE JULHO A DEZEMBRO DE 2006

Em cumprimento ao disposto na Lei Federal nº. 8.089/2003, em seu artigo 12, que prevê que as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios prestem contas trimestralmente ao Legislativo, evidenciando as produções e ações realizadas a cada três meses, o Secretário de Estado da Saúde, Cairo de Freitas, apresentou à Assembléia Legislativa de Goiás, no dia 06 de dezembro de 2006, um balanço das ações que vem sendo realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO) e prestar contas do que o Estado gastou ao longo de 2006 com a pasta.

Quanto ao investimento financeiro na Pasta, no período de janeiro a dezembro de 2006, o Estado vai destinar à Saúde R\$ 565 milhões, o que representa 14,37% do orçamento do Estado, superando os 12% obrigatórios, previstos na Emenda Constitucional nº. 29/2000 e na portaria nº. 2047/2002 do Ministério da Saúde. Vale destacar que os 14,37% inclui o programa Renda Cidadã, sendo necessário ressaltar que mesmo excluindo o que foi gasto com o Programa, o Estado cumpriu a meta dos 12%, percentual mínimo exigido por força da legal.

Em prosseguimento ao objetivo de cumprir o dever previsto em lei e, ainda, de prestar contas para dar transparência às ações que vem sendo realizadas, foi apresentado, também, o balanço do último trimestre e os balancetes de todos os trimestres de 2003 a 2006. A seguir, serão descritas, de forma sucinta, todas as ações prioritárias que foram implantadas, desde 22 de julho de 2006, quando o Secretário Cairo de Freitas assumiu a gestão da SES/GO.

A lista de prioridades do secretário foi atendida até agora com mais de 40 ações de grande impacto, além de inúmeros outros desdobramentos. A primeira delas foi resgatar a normalidade dos atendimentos de urgências e emergências. Para tanto, estão sendo desenvolvidos trabalhos no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), incluindo o restabelecimento da manutenção dos equipamentos e o remanejamento de pacientes para outras unidades. Foi inaugurada, também, mais uma UTI; criado o serviço de atendimento em domicílio; incrementados convênios com hospitais da rede conveniada; e a instalação de um grupo de auditores encarregado de verificar o número de casos que estão sendo encaminhados sem necessidade ao HUGO, considerando que poderiam ser resolvidos em outras unidades de saúde apropriadas para a demanda solicitada.

Essa auditoria tem mostrado que casos como esses acontecem em torno de 70%, como relatou o Secretário Cairo de Freitas (2006).

“Não pretendemos fechar as portas do hospital para esses ou quaisquer outros pacientes, mas vamos intensificar as discussões junto aos municípios para distribuir melhor o atendimento, porque acreditamos que a saúde só funcionará melhor com um grande pacto, que envolva as esferas federal, estadual e municipal, além das redes conveniada e filantrópica, dentro de um sistema cooperativo”.

O segundo grande desafio prioritário enfrentado pelo Secretário é a regularização do abastecimento de medicamentos. Para isto, foi firmado convênio com a Iquego, destinado ao cumprimento do compromisso com os municípios no que diz respeito aos remédios básicos. A falta de medicamentos de alto custo, que em Goiás são distribuídos pela Central de Medicamentos - Juarez Barbosa, atualmente é um problema enfrentado em todo o Brasil, já que o Ministério da Saúde criou o programa , mas assume, apenas 20% dos custos, delegando grande parte da responsabilidade para os Estados. Juntamente com os outros Estados, Goiás está na luta nacional para melhorar a tabela de repasse do Ministério, que não sofreu alteração desde 2002. Goiás está descentralizando o programa, que só funcionava em Goiânia, para agilizar o atendimento aos pacientes. Outro ponto positivo é que a SES/GO já conseguiu uma economia de cerca de 30% (5 milhões de reais) com a compra de medicamentos diretamente dos laboratórios.

Entre as ações desenvolvidas nesta nova gestão estão, ainda, as instalações de novos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Luziânia (já concretizada), Caldas Novas e Itumbiara (previstas ainda para este ano), além das inaugurações dos hospitais de urgências de Aparecida de Goiânia e de Trindade, que vem somar forças para a normalização dos atendimentos no Hugo.

No que diz respeito à criação de novos leitos, para 2007, estão previstas a abertura dos hospitais regionais de Santo Antônio do Descoberto, Novo Gama e Valparaíso – todos na região do entorno do Distrito Federal – e de Santa Helena. A região Noroeste de Goiânia, a mais carente da Capital, ainda vai ganhar seu hospital de urgências. A partir disto, a meta é não criar mais leitos, mas otimizar os que já existem estabelecendo parcerias com as redes filantrópica, privada, estadual e municipal.

Foi criado, ainda neste último trimestre, o programa Bolsa Saúde, que está treinando familiares para cuidar de idosos e outros pacientes com dificuldades de locomoção em suas próprias residências. Outra novidade é a constituição de um grupo de trabalho, composto por representantes de diversas instituições, para apresentação de propostas que visem a redução dos acidentes de motos, que representam atualmente um dos maiores causadores de traumas.

Os portadores de transtornos mentais que cometeram delitos também ganharam atenção especial com a implementação do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili), fruto de uma parceria estabelecida entre a SES/GO e a Secretaria de Estado da Justiça, o Ministério Público do Estado de Goiás e o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás e a Secretaria da Saúde do Município de Goiânia. A capacitação de recursos humanos da saúde ganhou força com a realização de 20 seminários de atualização e o treinamento de mil profissionais.

Outra nova ação é a constituição das redes de hospitais referenciais. Para tanto, a SES/GO assumiu recentemente a gestão da Vila São Bento Cotolengo que, até então, era gerido pela prefeitura de Trindade. Foram constituídas ainda as redes de atendimento em oncologia e de pacientes com queimaduras. Marcaram ainda as ações de 2006, a elaboração de um cronograma de discussões, nos municípios, para melhorar o Pacto pela Saúde, que já foram iniciadas e continuam até o final de dezembro; além do lançamento da revista Arquivos de Saúde Pública, que está na sua segunda edição.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ADS – Análise Diferenciada segundo Sexo
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ARS - Regional de Saúde
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
AF - Assistência Farmacêutica
AGECOM – Assessoria Geral de Comunicação
AMQ – Associação Médica de Quebec
ACDI – Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional
AGETUR – Agência Goiana de Turismo
AGRODEFESA – Agência Goiana de Defesa Agropecuária
CACON's - Centros de Alta Complexidade em Oncologia.
CAPS – Centro Reabilitação Psicossocial
CARMENT - Controle das Ações de Redução Multifatoriais das Enfermidades Não Transmissíveis
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGM – Coeficiente Geral de Mortalidade
CIB - Comissão Intergetores Bipartite
CID – Classificação Internacional de Doenças
CTA's – Centro de Testagem Anônima
CPHA – Associação Canadense de Saúde Pública
COSEMS – Conselhos dos secretários Municipais de Saúde
CEO – Centro Especializado em Odontologia
CR – Complexo Regulador
CD4 – Molécula da célula T (linfócito T)
CD8 – Molécula da Célula T Antivíricas
CEPSAÚDE – Centro de Educação Profissional de Saúde
CIT – Centro de Informação Toxicológica
DANTS – Doenças e Agravos não Transmissíveis
DATSUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
DATA CENTER – Banco de Dados
DW/SES - GO – Projeto Data Warehouse
DETRAN – GO – Departamento Estadual de Trânsito de Goiás
DOTS – Tratamento Diretamente Observado
EC - Emenda constitucional
ESAP – Escola Saúde Pública
ESF – Equipe de Saúde da Família
EAD – Educação a Distância
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
EDUCANVISA – Projeto Educacional da Vigilância Sanitária
FESP – Funções Especiais em Saúde Pública
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FIE – Fichas de Investigação Epidemiológicas
GAB – SES-GO – Gabinete da Secretaria Estadual de Saúde
HDT – Hospital de Doenças Tropicais

HEMOG – Hemocentro de Goiás
HEMOREDE – Rede de Serviços em Hemoterapia
HGG – Hospital Geral de Goiânia
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HMA – Hospital de Medicina Alternativa
HPP – Hospital de Pequeno Porte
HUGO – Hospital de Urgência de Goiânia
HOSPUB – Sistema Integrado de Informação de Ambiente Hospitalar
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IQUEGO – Indústria Química do Estado de Goiás
ISC/UFBA – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia
LACEN – Laboratório Central
LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária
MNSL – Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
MS – Ministério da Saúde
MAC – Teto Financeiro da Assistência
NACE – Nomenclatura Estatística para Atividades Econômicas
NET – Internet
NOAS – Normas Operacionais de Assistência a Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-americana da Saúde
PAILI - Programa de Atenção Integral ao Loco Infrator
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PEA – População Econômica Ativa
PES – Plano Estadual de Saúde
PPA - Plano Plurianual
PSF – Programa de Saúde da Família
PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PUC – Pontifícia Universidade Católica
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação de Saúde Familiar
PPSUS - Projeto de Pesquisa para o Sus
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PPI- VS – Programação Pactuada de vigilância Sanitária
PCR – Reação Polimerásica em Cadeia
RH – Recursos Humanos
RESME – Relação Estadual de Medicamentos
RTA – Residência Terapêutica
SAE – Serviço de Atendimento Especializado
SAMU – Serviço de atendimento Móvel de Urgência
SEPLAN – Secretária de Estado do Planejamento e Desenvolvimento
SEPRU - Serviço de Proteção aos Usuários do Sistema Único de Saúde em Goiás
SES-GO – Secretária Estadual de Saúde de Goiás
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica
SIATE – Serviço Integrado de Atendimento de Trauma em Emergências
SIGA-SAÚDE - Sistema de Solução Integrada de Informação em Saúde
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SINAVISA - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e Ambiental
SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SPAIS – Superintendência de Atenção Integral a Saúde
SPLAN – Superintendência Planejamento
SUS – Serviço Único de Saúde
SEFAZ – Secretaria da fazenda
SECTEC/MS – Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde
SCATS – Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde
SVISA – Superintendência de Vigilância Sanitária
SULEIDE – Superintendência Leide das neves
SIS-REG – Sistema de Regulação
SISPACTO – Sistema de Pactuação de Indicadores de Atenção Básica
SISRAD – Sistema de Radionavegação
SUPEX – Superintendência Executiva
SIOFNET – Sistema de Informação Orçamentário e Financeiro
SIGEPLAN – Sistemas de Informações Gerenciais
SIGMATE – Sistema de Controle de Material
SEPNET – Sistema Eletrônico de Protocolo
SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio a Micro e Pequena Empresa
SISAGUA – Sistema de Informação de Vigilância da qualidade da Água para Consumo Humano
THD – Técnico de Higiene Dental
TAM – Termos de Ajustes e Metas
UR – Unidade de Resgate
USA – Unidade de Suporte Avançado
USP – Universidade de São Paulo
UFG – Universidade Federal de Goiás
UTI – Unidade Tratamento Intensivo
VIGIÁGUA – Vigilância da qualidade da Água para Consumo Humano
VISA – Vigilância Sanitária

EQUIPE TÉCNICA

SUPERVISÃO GERAL

Jorge Alves de Souza
Superintendência de Planejamento

CONSOLIDAÇÃO E REDAÇÃO FINAL

Silvana Cruz Fuini
Gerência de Qualificação da Atenção Básica

RESPONSÁVEIS PELOS DADOS E INFORMAÇÕES

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

CAPA E DIAGRAMAÇÃO

Dante Garcia de Paula
Gerência de Informação de Serviços e Rede da Assistência